# Guide pratique de mésothérapie

Médecine générale
Médecine du sport
Médecine esthétique
Rhumatologie
Pharmacopée

Christian Bonnet
Denis Laurens
Jean-Jacques Perrin

MASSON

Matériel protégé par le droit d'auteur


MegaMedecine
La référence

# Guide pratique de mésothérapie

## *CHEZ LE MÊME ÉDITEUR*

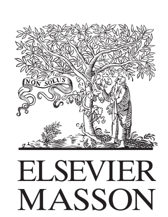
140 ORDONNANCES EN HOMÉOPATHIE, par A. Sarembaud. 2008, 276 pages.
MÉSOTHÉRAPIE PRATIQUE, par M. Pistor. 2008, nouvelle édition, 224 pages.
AIDE-MÉMOIRE DE L'ACUPUNCTEUR TRADITIONNEL, par J.-F. Borsarello. 2007, 132 pages.
VADEMECUM DE LA PRESCRIPTION EN HOMÉOPATHIE, par A. Horvilleur. 2006, 608 pages.
ATLAS PRATIQUE DE MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE, par F. Lecorre, E. Rageot. 2006, 320 pages.
TRAITÉ DE MÉSOTHÉRAPIE, par J. Le Coz. 2005, 272 pages.
TRAITÉ D'ACUPUNCTURE, par M.-P. Borsarello. 2005, 544 pages.
TRAITÉ DE PHYTOTHÉRAPIE CLINIQUE, par C. Duraffourd, J.-C. Lapraz. 2005, 864 pages.
MÉDICAMENTS À BASE DE PLANTES, par L. Chevallier, C. Crouzet-Segarra. 2004, 368 pages.
TRAITÉ D'HOMÉOPATHIE, par C. Gaucher. 2003, 832 pages.

# Guide pratique de mésothérapie


**Christian Bonnet**
*Médecin, Président fondateur de l'Association de Médecine et Mésothérapie Esthétique Internationale (AMME Internationale), chargé d'enseignement au DIU de Mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, directeur de la formation professionnelle de médecine et mésothérapie esthétique, directeur de la commission de recherche et développement en mésothérapie au sein de l'AMME Internationale, trésorier de la Société internationale de Mésothérapie (SIM).*

**Denis Laurens**
*Médecin, Président de la Société Française de Mésothérapie (SFM), directeur d'enseignement au DIU de Mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, diplômé de médecine sportive, Président du collège d'étude de mésothérapie et traumatologie sportive, Président de la Société internationale de Mésothérapie (SIM).*

**Jean-Jacques Perrin**
*Médecin, Président de l'Association de Médecine et Mésothérapie Esthétique Ile-de-France (AMME IdF), secrétaire général de la SFM, chargé d'enseignement au DIU de Mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, directeur de la formation professionnelle de Médecine et Mésothérapie esthétique au sein de l'AMME IdF, directeur de la commission de recherche et développement en mésothérapie de l'AMME.*


ELSEVIER
MASSON






**REMERCIEMENTS**
Au Docteur Didier Mrejen pour sa collaboration scientifique active, précieuse et indispensable dans ce guide,
Au Professeur Michel Perrigot qui non seulement nous a fait l'honneur de nous préfacer, mais de nous offrir une relecture détaillée et constructive de cet ouvrage,
À Michèle, Christine et Bernadette que nous délaissons souvent aux dépends de notre passion.
À Alexandre, Maxime, Xavier, Cloé, Anne-Sophie et tous les patients ayant prêté une partie de leur anatomie.

**PHOTOGRAPHIES et ARRANGEMENTS**
Christian Bonnet, Jean-Jacques Perrin
Toutes les photos sont sous Copyright des auteurs.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



ISBN : 978-2-294-70344-7

Elsevier Masson SAS – 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

« Peu, rarement et au bon endroit. »
Michel Pistor

« Celui qui se perd dans sa passion perd moins
que celui qui perd sa passion. »
Saint Augustin

# Préface du professeur Michel Perrigot

À côté de la thérapeutique médicamenteuse classique, dite médecine fondée sur les preuves, bien d'autres traitements ont permis, chez les patients, la disparition d'un symptôme ou la guérison d'une lésion. La mésothérapie est l'un d'entre eux. Un essor récent est survenu suite à la cotation de l'acte dans le traitement de la douleur et à l'encadrement universitaire de l'enseignement par les diplômes interuniversitaires.

Ce guide très complet présente les techniques, les règles d'utilisation, les produits utilisés, avec indications et contre-indications, et un grand nombre de fiches thérapeutiques pour de très nombreux domaines de la médecine. Il va sans dire que le traitement des troubles fonctionnels d'origines très diverses est entrepris après un examen clinique approfondi, un diagnostic établi, jamais au détriment des traitements médicamenteux classiques, souvent en complément au titre du traitement de la douleur.

L'innocuité et la rapidité d'action permettent de recommander la mésothérapie comme traitement de première intention, en particulier dans les pathologies de l'appareil locomoteur.

Michel Perrigot[1]

1. Service de rééducation fonctionnelle à l'hôpital Pitié-Salpêtrière – Paris.

# Présentation

Ce guide est le résumé le plus complet possible de plus de 20 ans d'exercice de la mésothérapie, de pratique exclusive de cette fabuleuse technique médicale par chacun des auteurs.
Dans ce travail, nous avons voulu vous transmettre toute notre expérience clinique et pratique. C'est ainsi que l'idée de fiches pratiques est née, afin de vous donner la possibilité de traiter tous vos patients dans tous les domaines possibles.
Nous avons voulu remettre à l'honneur la notion fondamentale de médecine globale, de prise en charge globale du patient, que la mésothérapie nous permet de réaliser.
Vous allez pouvoir jongler avec la douleur, le stress, l'esthétique et plus encore, en faisant défiler les fiches. L'objectif de ce guide est de réaliser une référence thérapeutique puisqu'il s'adresse aussi bien aux étudiants médecins se formant dans les différents DIU (diplôme interuniversitaire) de mésothérapie qu'au médecin isolé ayant une pratique occasionnelle.
Nous avons mesuré les risques et les avantages de mettre à disposition de tous les médecins, formés ou non, cet outil thérapeutique, mais notre ambition est de permettre le perfectionnement de certains et d'inciter les autres à rejoindre les enseignements de la SFM (Société française de mésothérapie) et de l'AMME (Association de médecine et mésothérapie esthétique).
La SFM a mis en place des DIU de mésothérapie dans différentes facultés françaises et l'AMME organise des formations médicales axées sur le compagnonnage et la pratique de la mésothérapie et la médecine esthétique. Ces deux sociétés fonctionnent dans la recherche optimale de la qualité professionnelle et de l'éthique médicale.
Vous trouverez, sur ces deux sites Internet, toutes les informations utiles : www.sfmesotherapie.com et www.estheticmeso.com

# Généralités

## Historique

La mésothérapie est l'aboutissement d'une idée de génie issue du cerveau d'un médecin de campagne, le docteur Michel Pistor, qui a cherché à rapprocher le lieu du traitement de celui de la pathologie.

Certes, d'autres praticiens avaient posé des jalons bien avant lui, mais il a eu le mérite de quantifier la notion de thérapeutique de première intention.

En 1844, Rynd préconise la voie intradermique (ID) en Angleterre, puis Behier introduit cette méthode en France en 1855.

En 1905, Einhorn synthétise la procaïne et donne de grands espoirs au traitement de la douleur.

C'est Lemaire, qui, le premier en 1924, utilise des injections ID métamériques dans les névralgies du trijumeau ; mais c'est surtout Leriche qui utilise pour la première fois la procaïne en injection locale en 1928 avec des résultats qui dépassent toutes ses espérances.

En 1937, Aron publie la première étude préliminaire sur l'intérêt de l'introduction des substances médicamenteuses par voie intradermique et en 1947 à la suite de Leriche, Aslan publie ses travaux sur l'utilisation de la procaïne en gériatrie.

C'est en 1952 que Michel Pistor, dans son village de Bray-et-Lû, est amené à traiter le cordonnier pour une crise d'asthme par de la procaïne IV. Ce traitement n'aura que peu d'effet sur la pathologie de départ, par contre ce patient qui était sourd depuis de nombreuses années a pu de nouveau entendre les cloches du village sonner les heures tout au long de la journée et de la nuit. Il eut alors l'idée de poursuivre le traitement par la procaïne mais en regard de l'oreille et les résultats furent concluants. C'est à partir de cette observation qu'il chercha inlassablement à traiter au plus près de la pathologie.

De 1952 à 1958, Pistor et Lebel expérimentent l'utilisation locorégionale de mélanges médicamenteux dans de nombreuses indications. Afin de faciliter les injections locales, leurs travaux aboutissent à la création de l'aiguille de Lebel.

En 1958, c'est la première publication des travaux de Michel Pistor dans le n° 44 de la *Presse Médicale* avec pour la première fois l'apparition du mot mésothérapie.

Grâce à l'esprit novateur du professeur Bordet, qui dirige l'école, Michel Pistor pourra enseigner la mésothérapie à l'école vétérinaire Maison-Alfort à partir de 1960.

C'est en 1964 qu'est créée la Société française de mésothérapie à Paris. Elle comprend seize membres. Le premier président est le docteur Lebel puis se succéderont à la présidence Michel Pistor, Jacques Le Coz, Philippe Petit et Denis Laurens.

En 1968, Michel Pistor présente un mémoire sur la mésothérapie devant l'Académie de médecine. À partir de cette époque, la mésothérapie se développe dans le corps médical grâce aux premiers « disciples » de Michel Pistor : Bicheron et Dalloz-Bourguignon, avec pour ce dernier la première consultation hospitalière à l'hôpital Necker Enfants malades dans le service du professeur Thierree qui sera reprise ensuite par Didier Mrejen pendant dix

ans avant de poursuivre l'enseignement de la mésothérapie au centre antidouleur de l'hôpital Lariboisière.

Cet engouement pour la mésothérapie est tel qu'en 1976 se déroule le premier congrès international de mésothérapie à Bray-et-Lû, il sera suivi d'une longe série toujours en cours : 1979 en l'abbaye de Royaumont ; 1982 à Rome ; 1985 et 1988 à Paris ; 1992 à Bruxelles ; 1995 à Bordeaux ; 1998 à São Paulo et 2000 à Paris.

La mésothérapie se structure car le nombre de mésothérapeutes ne cesse de croître et en 1980 sont créés les CERM (cercles d'études et de recherches en mésothérapie).

En 1981, le docteur Yves Demarais permet à la mésothérapie de faire son entrée à l'Institut national des sports à Paris avec une consultation assurée par Le Coz. Cette implication dans le sport de haut niveau sera déterminante pour la reconnaissance future de la mésothérapie.

En 1983, le Collège national des maîtres de stages (CNMS) est créé. Il sera présidé successivement par Didier Chos, André Valter et Jean-Paul Keundjian.

En 1983 également, sera créée la Société internationale de mésothérapie dont le président a longtemps été Michel Pistor. Depuis 1999, c'est Philippe Petit qui a la lourde tâche de présider cette société qui regroupe plus de vingt pays pratiquant la mésothérapie.

En 1987, la mésothérapie est reconnue par l'Académie de médecine comme faisant partie intégrante de la médecine traditionnelle.

Grâce au docteur Didier Mrejen, le premier diplôme d'université de mésothérapie voit le jour à la faculté de Marseille en 1989 dans le service du professeur Delboy.

En 1996, un deuxième diplôme d'université voit le jour à Bordeaux grâce à l'esprit éclairé du professeur Lavignolle.

Afin d'établir la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), la CNAM demande à l'ANAES (nouvelle dénomination : HAS) de valider les traitements retenus par les comités d'experts. Ce sera chose faite pour la mésothérapie dans le cadre du traitement de la douleur en mai 2001.

Cette reconnaissance a permis en juin 2002 de mettre en place le diplôme interuniversitaire de mésothérapie grâce au soutien du professeur Saillant, doyen de la faculté Pitié-Salpêtrière. Ce diplôme se déroule à Marseille (Pr Delarque), à Bordeaux (Pr Lavignolle) et à Paris (Pr Perrigot).

Malheureusement, Michel Pistor nous a quitté le 3 août 2003, mais il nous laisse une formidable envie de soigner nos patients comme le résume sa devise « peu, rarement et au bon endroit ».

En octobre 2003, deux nouvelles facultés sont venues rejoindre les trois premières : Dijon (Pr Lambert) et Clermont-Ferrand (Pr Boisgard).

Il y a ainsi cinq pôles d'enseignement du DIU de mésothérapie.

En décembre 2003, le conseil national de l'Ordre des médecins a validé le diplôme, permettant ainsi aux seuls titulaires du DIU de faire état de leur diplôme sur leur plaque et ordonnance.

En janvier 2005, une rubrique « mésothérapie » est créée dans les *Pages jaunes* pour l'année 2006, réservées aux titulaires du DIU.

En juin 2005, la CCAM entre en application avec au chapitre 1.7 l'acte de mésothérapie dans le traitement de la douleur.

# Terminologie de base

**Mésothérapie :** technique médicale visant à injecter dans la PEAU un mélange, une quantité et sur un endroit CHOISI, des médicaments injectables dans un but thérapeutique.
**IED intra-épidermique :** technique d'injection superficielle, par glissement de l'aiguille biseau en haut (environ 1 mm).
**Épidermique :** idem IED.
**IDS intradermique superficiel :** injection dans le derme superficiel (environ 2 mm).
**IDP intradermique profond :** injection point par point ou nappage dans le derme profond (environ 4 mm).
**DHD dermo-hypodermique :** injection point par point dans l'hypoderme (environ 6 à 10 mm).
**Nappage :** technique d'injection par piqûres rapides rapprochées avec une aiguille orientée à 45 degrés.
**Nappage superficiel :** nappage superficiel d'environ 2 mm de profondeur.
**Papule :** technique d'injection en papule épidermique ou dermique, piqûre avec aiguille orientée à 10 degrés biseau en haut pour réaliser un décollement de la membrane basale (aspect dit « en peau d'orange »).
**Point par point :** technique d'injection avec une aiguille orientée a 90 degrés, généralement à une profondeur de 4 mm, mais pouvant varier de 2 à 10 mm.
**Rétrotraçante :** injection dermique ou hypodermique de produit du plus profond au plus superficiel, d'avant en arrière, en reculant la seringue tout en continuant de pousser le produit.
**MPS :** mésothérapie ponctuelle systématisée, fondements thérapeutiques de la mésothérapie basée sur des cartographies issues de la SOS.
**SOS –** sémiologie objective systématisée : fondements cliniques et physiopathologiques de la mésothérapie, basé sur des études cliniques validées.
**Quantité injectée par point :** en moyenne 0,2 cc.
**Mélange principal :** c'est le mélange idéal, initialement administré à l'aide de la 1$^{re}$ seringue. Il peut varier quelque peu lors de chaque séance selon la clinique.
Lorsqu'il y a deux mélanges principaux à utiliser dans la même séance, il est nécessaire de préparer deux seringues différentes.
**Mélange secondaire :** mélange complémentaire destiné à traiter une autre pathologie liée à celle d'origine (exemple lombalgie chronique et mésostress).
**Injection superficielle (IED, IDS)** = effet prolongé durant au moins 15 jours.
**Injection profonde (IDP)** = effet rapide durant 3 à 6 jours.
**Injection très profonde (DHD)** = effet immédiat se prolongeant 3 jours.
**Techniques mixtes :** utilisation des différentes techniques au cours d'une même séance, par exemple DHD + IDP + IED – utilisation logique conséquente aux effets ci-dessus.
**Dermoneurodystrophie (DND)** = zones de projections cutanées d'une souffrance organique, osseuse, viscérale ou musculaire, d'origine neurovégétatif périphérique.
**Métamère** = zones de projections cutanées d'une souffrance radiculaire.
**Cellulopathie** = cellulalgie = DND, termes employés en mésothérapie pour les irradiations cutanées d'une souffrance organique, osseuse ou viscérale.
**N'oubliez jamais :**
Mésothérapie = peau (épiderme, derme, hypoderme).

En dessous injection SC (sous cutanée), IM (intramusculaire), on passe dans le système vasculaire de diffusion systémique générale, donc VÉRIFIER LES PROFONDEURS D'INJECTION PRATIQUÉES.

# Préambule sur l'utilisation de ce guide

Nous avons fait le choix de vous présenter ce guide sous forme de fiches synthétiques regroupant l'ensemble des pathologies traitées par la mésothérapie. Pour cela le classement alphabétique nous a paru plus aisé pour vous faciliter les recherches de façon encyclopédique. La classification par thèmes, rhumatologie, médecine du sport, médecine générale, esthétique nous semblait moins refléter la notion de « mésothérapie médecine globale », qui nous est cher.

Afin de vous permettre une lecture rapide, pratique et efficace, nous avons volontairement synthétisé nos fiches et privilégié l'iconographie.

Nous n'avons pas la prétention de vous instruire sur la physiopathologie et avons délibérément simplifié cette rubrique et nous en excusons auprès des spécialistes dans cette matière.

**Comment lire les fiches :**

Le titre vous met en situation pratique, il correspond à la pathologie clinique recherchée. Certain titres correspondent à un traitement de mésothérapie, ce sont des dénominations qui sont entrées dans le langage « universel » de notre méthode, ils indiquent à eux seuls une pathologie.

Dans chaque fiche vous trouverez la description clinique, les mélanges à effectuer, la technique et les lieux d'injections.

*Mélanges principaux :* ce sont les mélanges obligatoires de base du traitement, à faire en extemporanés et dans une première seringue.

*Mélanges complémentaires :* ce sont des mélanges soit systématiques, soit supplémentaires, à faire dans une deuxième seringue en extemporané et lors de la même séance. Dans la mot « complémentaire » nous comprenons : « si besoin, pour traiter un terrain ou symptomatologie associée ».

Pour ce qui concerne les *contre-indications* : vous devrez vous reporter à celles relatives aux médicaments injectés, mais uniquement mentionnées en mésothérapie, dans la pharmacopée.

Il en est de même pour les précautions d'emploi ou complications qui seront en plus précisées en fin de fiche.

La mésothérapie est une technique sans risque, les seuls problèmes proviennent du praticien qui ne respecte pas les consignes d'hygiène de base, propre à toutes injections, ou à l'utilisation de produits ou matériels impropres et inappropriés.

# Remarques préliminaires

## *Consultation mésothérapique*

La consultation mésothérapique comporte, comme toute consultation médicale, plusieurs étapes successives :

– un interrogatoire ;
– un examen clinique complet :
• l'examen physique se fait de la surface de la peau vers la profondeur. Ainsi, on examine en premier lieu les anomalies superficielles de la peau (cellulopathies). Lorsque la peau est épaissie, tendue, les points de tension profonds peuvent être plus difficiles à repérer,
• la main de l'examinateur doit être la plus légère possible. On peut ressentir avec la pulpe des doigts ou la paume de la main. On peut pousser, étirer, pincer la peau. Pour apprécier les modifications de la sensibilité, on peut doucement frotter la peau avec la pulpe des doigts et tester ainsi la sensibilité tactile grossière, la sensibilité à la pression. On peut légèrement griffer la peau avec les ongles et ainsi tester les terminaisons libres de la douleur, très superficielles,
• le bruit du coton de désinfection lors de l'application permet, par la tonalité de bruit émis sur la peau, d'évaluer la tension tissulaire,
• il est plus aisé de pratiquer un examen bilatéral comparatif afin de mieux cerner les différences,
• le patient reste le meilleur témoin et porte-parole du ressenti cutané ;
– un diagnostic le plus précis possible ;
– un traitement adapté : chaque médicament est utilisé en fonction de la correspondance des indications et des signes cliniques. Par exemple, une contracture est traitée par un médicament décontracturant (thiocolchicoside), une inflammation aiguë est traitée par un anti-inflammatoire non stéroïdien (piroxicam).

La mésothérapie peut être utilisée comme test thérapeutique de débrouillage pour tenter de simplifier des cas cliniques complexes et intriqués. Une même zone de souffrance cutanée peut avoir plusieurs origines. Par exemple, une cellulopathie de la région maxillaire peut être d'origine infectieuse ou allergique (sinusite aiguë ou chronique) et/ou d'origine cervicale (tension des muscles cervicaux postérieurs).
En l'absence de troubles cellulopathiques et douloureux, aucun traitement n'est appliqué.
Il est intéressant pour une meilleure efficacité de déborder assez largement une zone en souffrance.

## *La peau : les quatre unités de compétence*

La peau est le siège, sur quelques millimètres d'épaisseur, des principaux systèmes fonctionnels de l'organisme, regroupés en unités de compétences :

– *unité de compétence circulatoire*, avec les capillaires veineux et artériels, les veinules et les artérioles, les veines et les artères de petit calibre, le réseau lymphatique ;
– *unité de compétence nerveuse*, avec de très nombreux récepteurs sensitifs (termi-

naisons libres de la douleur, tact épicritique, tact grossier, sensibilité thermique, sensibilité à la pression, sensibilité à l'étirement, sensibilité prorioreceptive) dispersés dans les couches superficielles de la peau ;
– *unité de compétence immunitaire*, avec à la fois l'immunité cellulaire et humorale ;
– *unité de compétence fondamentale*, avec la substance fondamentale ou matrice extracellulaire, qui baigne l'ensemble des éléments des unités de compétence et assure la transmission incessante d'informations, d'éléments nutritifs et humoraux. De ce fait, les infirmations données à la peau par le traitement mésothérapique sont très rapidement diffusées localement et locorégionalement, à l'endroit où se situent les troubles, avec des doses injectées relativement faibles.

**Principaux éléments constitutifs de la peau concernés par la mésothérapie.**

<table>
<tr><th></th><th>Vasculaire</th><th>Conjonctif</th><th>Sensibilité lemniscale</th><th>Sensibilité extra-lemniscale</th><th>Immunitaire</th></tr>
<tr><td>**Épiderme**</td><td></td><td></td><td>Disque de Merckel (sensibilité tactile épicritique)</td><td>Terminaisons libres de la douleur</td><td>Immunité non spécifique (protection mécanique : physique, chimique, biologique – flore commensale)</td></tr>
<tr><td>**Couche basale**</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Immunité spécifique cellulaire (lymphocytes T)</td></tr>
<tr><td>**Derme superficiel**</td><td>Capillaires vrais</td><td>Conjonctifs papillaire</td><td></td><td>Corpuscules de Meissner (tact protopathique – sensibilité tactile grossière)</td><td rowspan="3">Immunité spécifique humorale (lymphocytes B)</td></tr>
<tr><td>**Derme profond**</td><td>Veinules Artérioles</td><td>Conjonctif réticulaire</td><td>Terminaisons nerveuses annexées au poil</td><td>Corpuscules de Krause (sensibilité thermique au froid) Corpuscules de Ruffini (sensibilité thermique au chaud)</td></tr>
<tr><td>**Hypoderme**</td><td>Veines Artères Coulées adipocytaires</td><td>Conjonctif lamellaire</td><td>Corpuscules de Paccini (baresthésie = sensibilité à la pression) Corpuscules de Golgi-Mazzoei (baresthésie = sensibilité à la pression)</td><td></td></tr>
</table>

## La peau : témoin de la souffrance, vecteur du traitement

Un organe en souffrance (tension, inflammation, infection, traumatisme) s'exprime par une ou plusieurs zones cellulopathiques et des points douloureux plus profonds. Il est de ce fait le témoin de cette souffrance, repérable par l'examen clinique attentif.

L'application sur cette zone cellulopathique d'un mélange mésothérapique adapté aux troubles cliniques par voie épidermique IED ou nappage IDS et l'injection du même mélange par voie intradermique profonde IDP ou dermo-hypodermique DHD/MPS atténuent rapidement les perturbations cliniques, de la surface à la profondeur, jusqu'aux organes concernés.

La peau est le vecteur du traitement mésothérapique.

## Cellulopathies

La souffrance d'un tissu, d'un organe, provoque une réaction de la peau appelée cellulopathie ou dermoneurodystrophie (DND). Ce terme s'applique à toute modification de la peau. Il est préférable au terme de cellulalgie qui se restreint aux modifications relatives à la douleur et se confond avec les cellulites.

Les modifications de la peau peuvent être :

– un manque de souplesse, une rétraction sur les plans profonds, une tension ;
– un épaississement avec aspect gaufré, cartonné, ou un amincissement avec aspect terne, transparent ;
– une froideur avec pâleur, voire cyanose, ou une chaleur avec rougeur, augmentation de la vascularisation locale ;
– une hyperalgie ou anesthésie, ou anesthésie douloureuse au frottement, à la pression, aux changements de température.

La cause peut être :

– une action  locale ou à distance
– une tension musculaire, périarticulaire;
– un spasme viscéral ;
– un traumatisme, accidentel ou chirurgical ;
– une lésion cutanée avec troubles trophiques ;
– une infection ;
– un syndrome douloureux régional complexe (type algoneurodystrophie).

## Effet réflexe de la mésothérapie

La griffure (mésothérapie épidermique IED) ou la poncture (point par point en IDS, IDP ou DHD) ont des effets quasi immédiats lors de leur application, que ce soit sur les cellulopathies ou les points douloureux.

Il est possible d'en faire l'expérience au quotidien. Par exemple, lors d'activation de points douloureux lombosacrés associés à des cellulopathies fessières, le fait de traiter le point plexique S1 entraîne souvent une disparition ou une atténuation des autres points douloureux et des cellulopathies.

Il est très intéressant pour le praticien de faire ce test en collaboration avec le patient qui participe activement à celui-ci. Ainsi, le praticien développe sa base de données clinique et le patient s'approprie ses troubles et leurs atténuations avec le traitement mésothérapique.

## Effets pharmacologiques des médicaments utilisés

Chaque médicament utilisé possède ses propres effets thérapeutiques qui sont retenus pour chaque patient dans sa spécificité.
La combinaison de plusieurs médicaments (en général deux ou trois au total) permet d'augmenter l'effet thérapeutique en associant les propriétés de chacun d'entre eux.

## Le bon choix des médicaments

La clinique prime pour le choix de chaque médicament. L'examen clinique établit les médicaments nécessaires aux troubles retrouvés. À titre d'exemple, ce tableau des principaux produits et de leurs indications en mésothérapie.

**Indications des produits de mésothérapie**

| | |
|---|---|
| Contracture | Thiocolchicoside |
| Antalgie | Calcitomine et AINS |
| Inflammation aiguë | Piroxicam ou kétoprofène |
| Inflammation chronique | Calcitonine |
| Dysneurotonie, stress | Pidolate de magnésium, amitriptyline |
| Saignement capillaire, œdème | Étamsylate |
| Saignement | Arnica |
| Trouble vasculaire | Buflomédil, pentoxifylline |
| Déficit immunitaire | Vitamine C, vaccin antigrippal |
| Fibrose, cicatrice | Complexe multivitaminé, vitamine E, pentoxifylline |

Veiller pour le mélange des médicaments à ne pas associer des produits incompatibles entre eux.

## Points réflexes

Les points plexiques sont des « clés » qui peuvent corriger les troubles cliniques de certaines régions anatomiques.
Le point plexique cervical supérieur (mastoïde) est le lien entre la région céphalique et le cou.
Le point plexique cervical inférieur, à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléido-mastoïdien, correspondant au plexus stellaire est le lien entre le rachis cervical et la région scapulaire.
Le point plexique lombaire, en regard du trou S1, est le lien entre le rachis lombaire et la région fessière, le membre inférieur.
D'autres points ont une réactivité réflexe importante :

– la pointe du deltoïde, la pointe de la coracoïde et un point du sous-scapulaire (le long du rebord interne de l'omoplate) libèrent les mouvements de l'épaule ;
– les points douloureux des insertions basses des ischio-jambiers.

## *Première séance*

La première séance de mésothérapie doit rester relativement prudente dans son application, en évitant de trop stimuler les zones en souffrance, au risque de déclencher une hyperalgie le lendemain du traitement. En effet, il est important de ne pas oublier la puissance et la réactivité du traitement mésothérapique.
Cette première séance permet de débrouiller des cas cliniques complexes et souvent anciens. Lors des séances ultérieures, les signes cliniques sont souvent plus nets, plus précis.

## *Rythme habituellement pratiqué*

Une séance tous les 7 jours pendant 3 semaines.
Une quatrième séance 15 jours plus tard.
Les premières séances sont rapprochées tous les 3 à 4 jours en cas de troubles aigus inflammatoires.

# Acné

## MOTS CLÉS

ACNÉ– CICATRICE – MÉSOVACCINATION – MÉSOMASQUE

## DÉFINITION

Inflammation des glandes sébacées et/ou pilo-sébacées, localisées dans l'acné juvénile ou vulgaire, au visage et à la partie supérieure du thorax.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Les androgènes modifient la composition sébacée en la rendant plus comédogène.
Une bactérie *Propionibacterium acnes* provoque l'inflammation des follicules.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche et évaluation des zones inflammatoires, infectieuses ou cicatricielles.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Inutiles.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS, lignes espacées de 2 à 3 mm, parfois croisées.

### Mélange principal

Acné commune :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- *Soluvit*® ou vitamine E 2 cc.

### Mélanges complémentaires

Acné surinfectée – protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

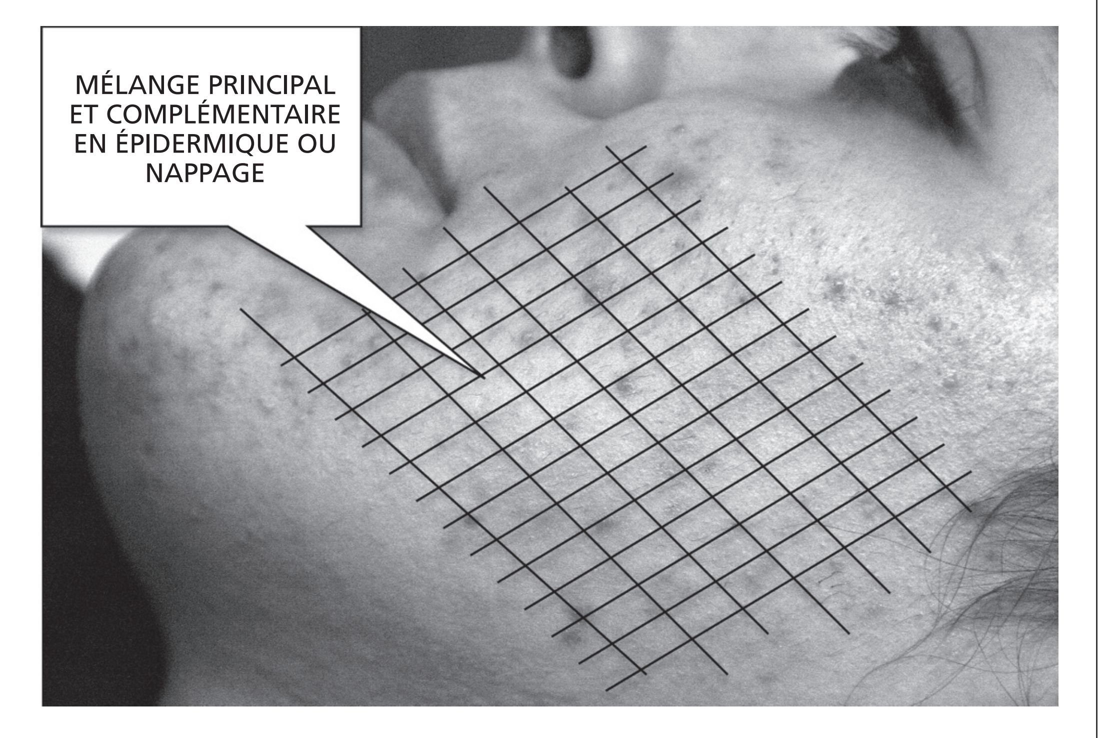
Mésomasque à l'acide rétinoïque en entretien.
Diposer sur la peau une solution d'acide rétinoïque (0,5 %), puis une crème à 0,05 %.
Mettre une compresse au-dessus, appliquer le masque 20 minutes puis faire le protocole mésovaccination en épidermique.

### Zones d'application

Acné en débordant largement les zones inflammatoires, tout le visage et zones acnéiques.

### Rythme

J1, J7, J15 puis tous les 15 jours.




**Traitement de l'acné**

La mésothérapie est une bonne technique pour rapidement désenflammer, diminuer les poussées et atténuer les cicatrices d'acné.
L'acné conglobata n'est pas une bonne indication à la mésothérapie.

# Acouphène

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE – CÉPHALÉE OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE – ACOUPHÈNE – CERVICARTHROSE

## DÉFINITION

Impression auditive correspondant à la perception d'un son.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Les acouphènes ont des origines très variées : musculaires (contractures), vasculaires, nerveuses, surmenage sonore aigu ou chronique, catarrhe tubaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de tensions musculaires cervicales (muscles occipitaux, SCM).
Examen des tympans (otite séreuse, perforation, etc.).
Recherche des facteurs déclenchants ou favorisants : stress, tension cervicale, bruit…

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En seconde intention, en l'absence de résultats significatifs avec trois séances de mésothérapie.
Éliminer toute cause tumorale ou infectieuse (otite, mastoïdite, abcès cérébral…).

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 2 cc.

Si trouble circulatoire, terrain débilité :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine C 1 g 2 cc ;
- vitamine E 2 cc.

### Mélanges complémentaires

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI1 cc ;

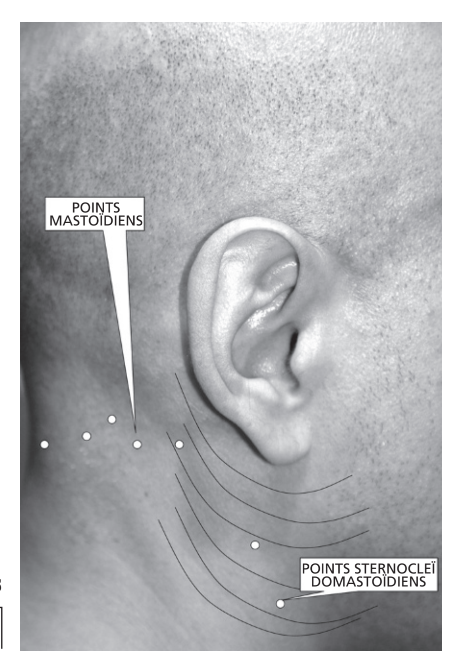
Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

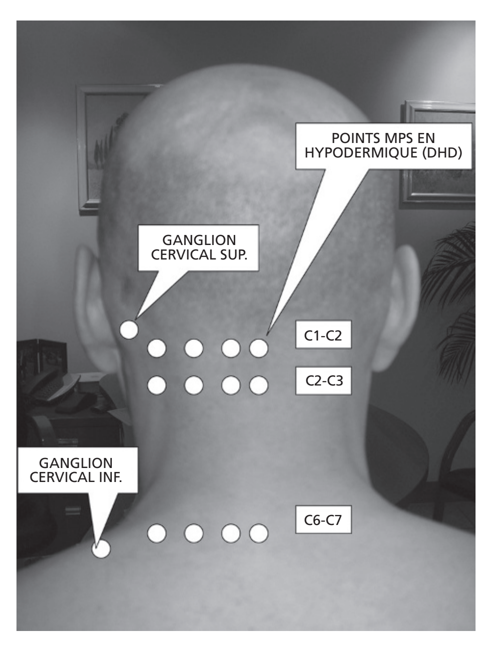
Région péri-auriculaire et mastoïdienne.
Muscles cervicaux supérieurs et moyens, SCM.

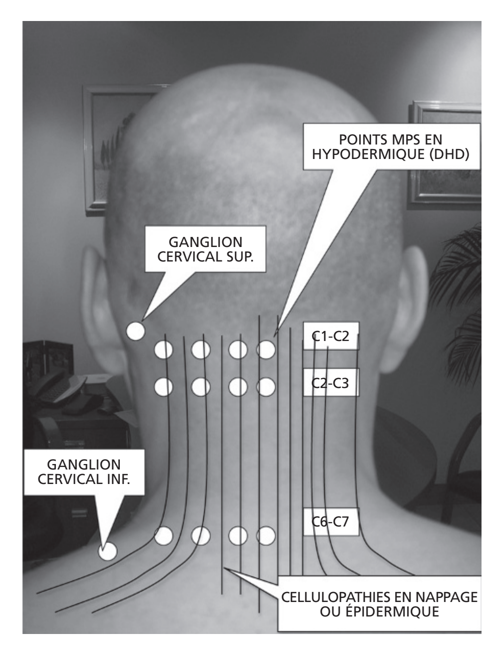
### Rythme

J1, J7, J14, renouvelable si besoin.




**Acouphènes**




**Points MPS rachis cervical**

Les acouphènes ont des origines très variées. De ce fait, le traitement mésothérapique s'y adaptera par ses mélanges. L'efficacité y est également variable. La mésothérapie doit toujours être essayée, pour débrouiller certains tableaux cliniques complexes et tester l'évolutivité des acouphènes. Comme très souvent, ne pas oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de rechercher des tensions chroniques accessibles au traitement mésothérapique.

Le mésotress est également souvent utile.

# Alopécie

## MOTS CLÉS

MÉSOPÉCIE – PELADE – MÉSO-STRESS – CHEVEUX – ALOPÉCIE

## DÉFINITION

La mésopécie est le traitement symptomatique de la chute anormale des cheveux, périodique ou chronique, aboutissant à une diminution du nombre de cheveux au $cm^2$.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Multifactorielle : microcirculatoire, neurohormonale, génétique…

## EXAMEN CLINIQUE

Test traction des cheveux.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan biostandard.
Bilan hormonal si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS, nappage.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine B5 2 cc ;
- vitamine H 1 cc.

Ou :
*Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® 2 cc.

### Mélange complémentaire

Si besoin, faire le mésostress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Cuir chevelu, zone d'alopécie.

### Rythme

Une séance par semaine pendant 5 semaines.
Puis, une séance tous les 15 jours 5 séances, puis entretien selon les cas (1 à 2 mois).







**Mésopécie – traitement de la chute des cheveux avant et après mésothérapie**

Arrêt de la chute des cheveux en 5 séances.

# Aphonie

## MOTS CLÉS

APHONIE – TRACHÉITE – LARYNGITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

Extinction de voix d'origine fonctionnelle, virale, inflammatoire ou neurotonique, sans origine organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, virale, stress, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique).

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examen endobuccal, examen sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe. Recherche de signes organiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Examen ORL par spécialiste si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

1er :
- procaïne 2 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

2e :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- piroxicam 1 cc.

### Mélange complémentaire

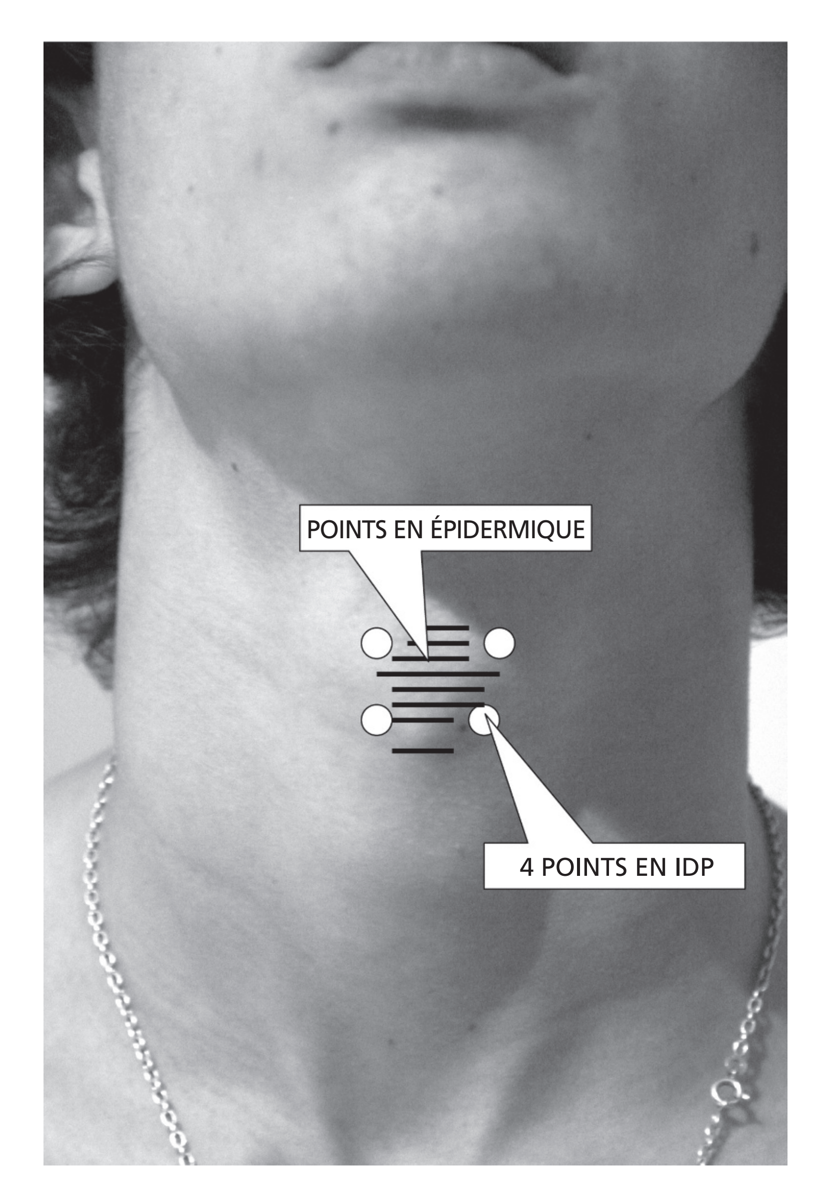
Protocole mésostress sur aphonie récidivente :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Région trachée et cordes vocales.
Voir aussi points de mésostress.

### Rythme

Si aigu : J1, J3.
Si chronique : J1, J7, J14 renouvelable si besoin.




**Cartographie aphonie**

Traitement très bon et rapide, pour les chanteurs aphones avant la représentation – évite la corticothérapie.

# Aponévrosite plantaire en phase aiguë

## MOTS CLÉS

APONÉVROSITE – TENDINITE – OSTÉOCHONDROSE – ÉPIPHYSITE DE CROISSANCE – SEVER – ÉPINE CALCANÉENNE

## DÉFINITION

Inflammation de l'aponévrose plantaire en regard du tubercule postéro-interne du calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés (sportifs, chaussage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion interne de l'aponévrose plantaire (excès d'entraînement, chaussage inadapté, troubles de la statique plantaire).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient sous le talon.
Douleur à la pression digitale du tubercule postéro-interne du calcanéum.
Douleur déclenchée par la dorsiflexion passive du pied.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Zones d'application

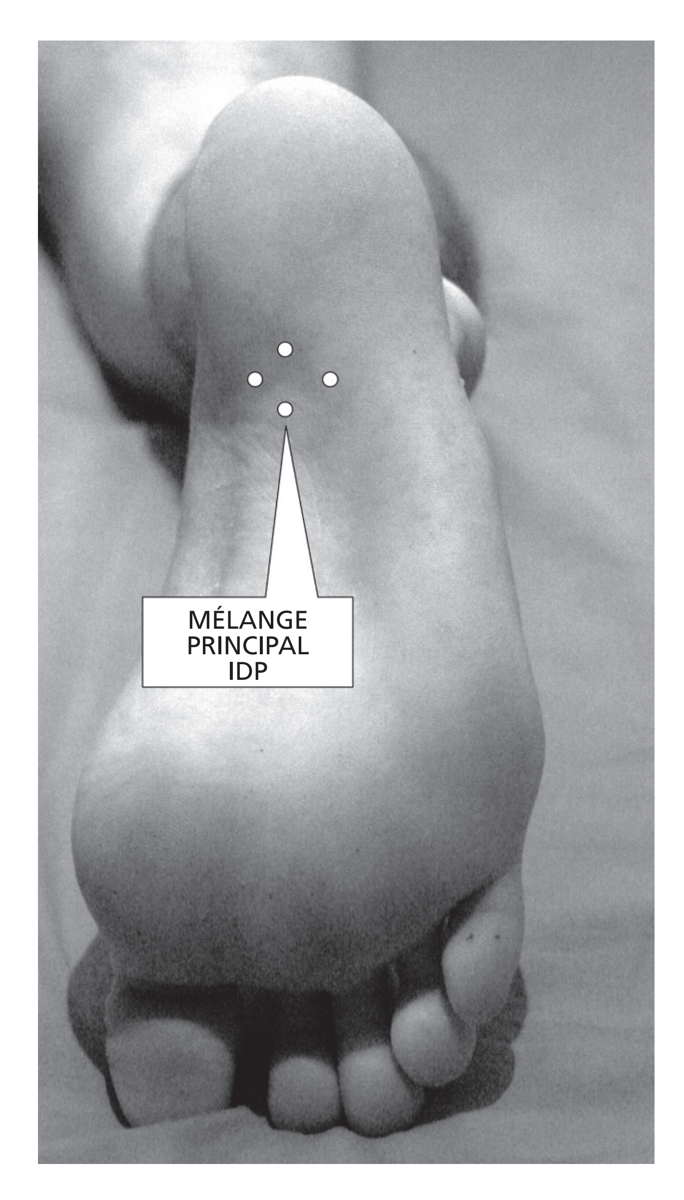
Mélange principal en regard du tubercule postéro-interne après glaçage.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Aponévrosite plantaire en phase aiguë**

# Artérite des membres inférieurs

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – ULCÈRE – ARTÉRIOPATHIE – ARTÉRITE

## DÉFINITION

Troubles symptomatiques des membres inférieurs par inflammation artérielle et réduction du débit.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Insuffisance artérielle, inflammation, artériosclérose.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des tensions douloureuses, des pouls périphériques et capillaires, œdèmes et lésions cutanées.
Évaluation du périmètre de marche.
Recherche d'une claudication intermittente.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan spécialisé (angéiologue).

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS ou IDP sur axes artériels.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

### Mélange complémentaire

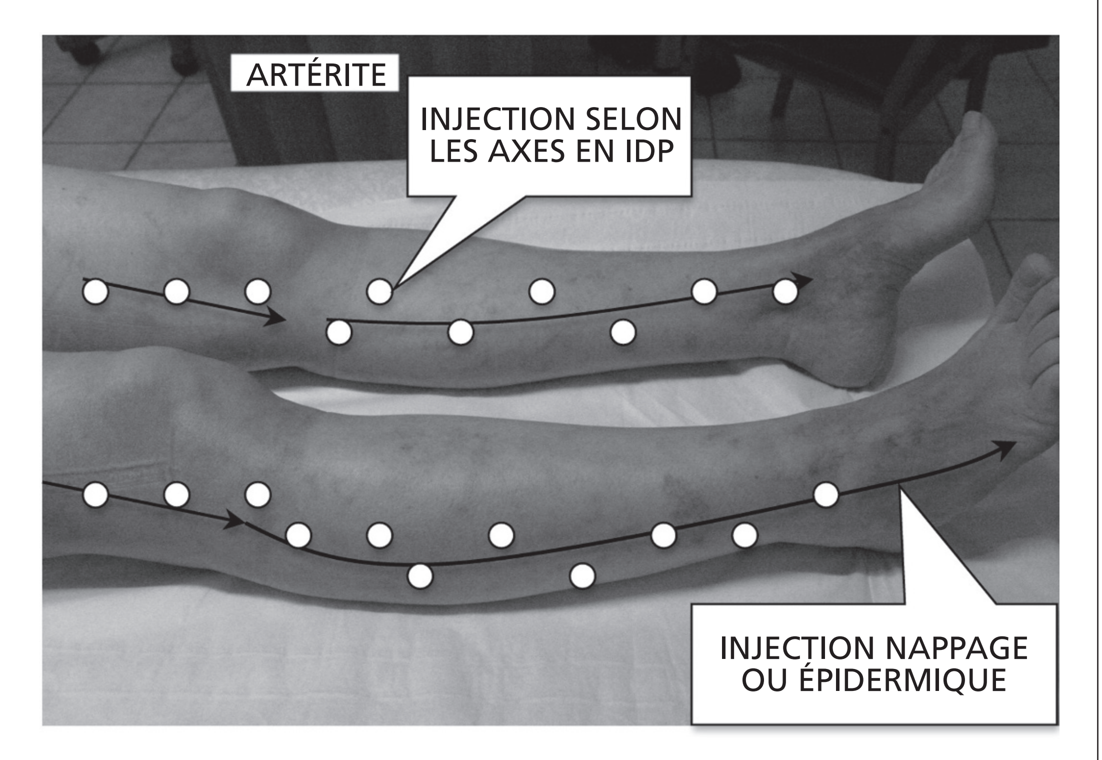
Si troubles trophiques :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes artériels du pli inguinal aux orteils.

### Rythme

J1, J7, J14, J30 ou J45, puis 1 fois par mois.




**Artérite des membres inférieurs**

Évaluer l'amélioration sur le périmètre de marche et troubles fonctionnels.

# Arthropathie acromio-claviculaire en phase chronique

## MOTS CLÉS

ARTHROPATHIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Avant tout radiologique : élargissement de l'interligne avec présence de microgéodes uniquement claviculaires (5 à 7).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Lésions dégénératives secondaires à un traumatisme.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée en regard de l'acromio-claviculaire.
Douleur à la pression digitale de l'interligne plus particulièrement sur le versant claviculaire.
Test isométrique : adduction contrariée du membre supérieur à 45°.
Test passif assisté : adduction passive forcée (main épaule opposée).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire et plus précisément claviculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Arthropathie acromio-claviculaire**

# Asthme

## MOTS CLÉS

BRONCHITE CHRONIQUE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – MÉSOSTRESS – ANERGIE – ALLERGIE – ASTHME

## DÉFINITION

La mésothérapie est un complément des traitements allopathiques habituels de l'asthme, en jouant sur le terrain anergique et le terrain dysneurotonique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atopie.

## EXAMEN CLINIQUE

Standard.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Faits par le spécialiste.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique ou IDS nappage sur cellulopathie.
IDP.

### Mélanges principaux

1. Mésovaccination :

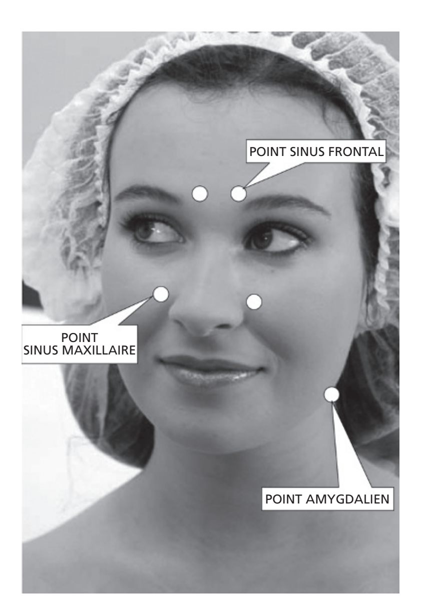
| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pidolate de magnésium | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc ; |
| • vaccin antigrippal | 0,3 cc. |

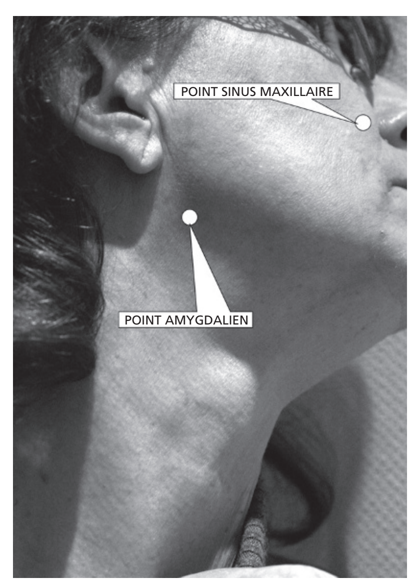
2. Mésostress :

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pidolate de magnésium | 2 cc ; |
| • amitriptyline | 1 cc. |

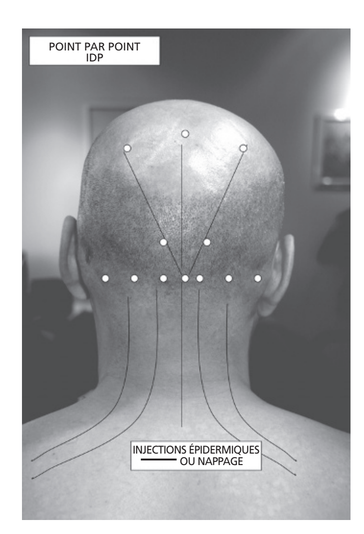
### Zones d'application

Cartographie mésostress.
Cartographie mésovaccination.
Cartographie MPS dysfonction vasculo-viscérale bronchopulmonaire.
Zone de tensions musculaires cervicothoraciques.



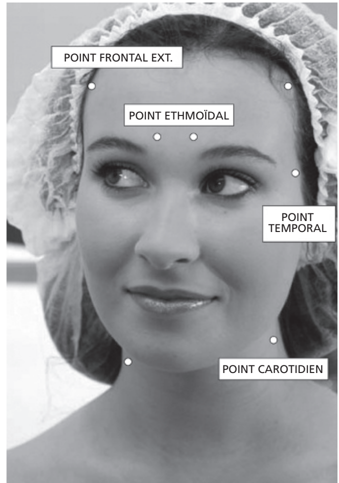

**Cartographie de la mésovaccination**



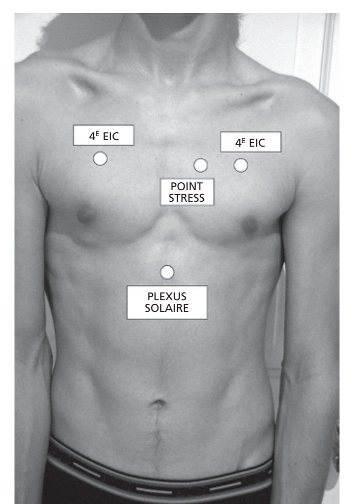




**Cartographie du mésostress – face postérieure**




**Cartographie du mésostress – face antérieure**




**Cartographie du mésostress – face thoracique**

Traitement souvent intéressant qui améliore le confort du patient.

# Bronchite chronique

## MOTS CLÉS

MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – INFLAMMATION CHRONIQUE – ANERGIE – BRONCHITE CHRONIQUE

## DÉFINITION

La mésothérapie traite le terrain ; c'est un traitement complémentaire visant à stimuler les défenses immunitaires.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation et encombrement bronchique chronique.

## EXAMEN CLINIQUE

Standard.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Faits par le spécialiste.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED, IDS, IDP, DHD.

### Mélanges principaux

1. Mésovaccination :

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pidolate de magnésium | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc ; |
| • vaccin antigrippal | 0,3 cc. |

2. Mésostimulation :

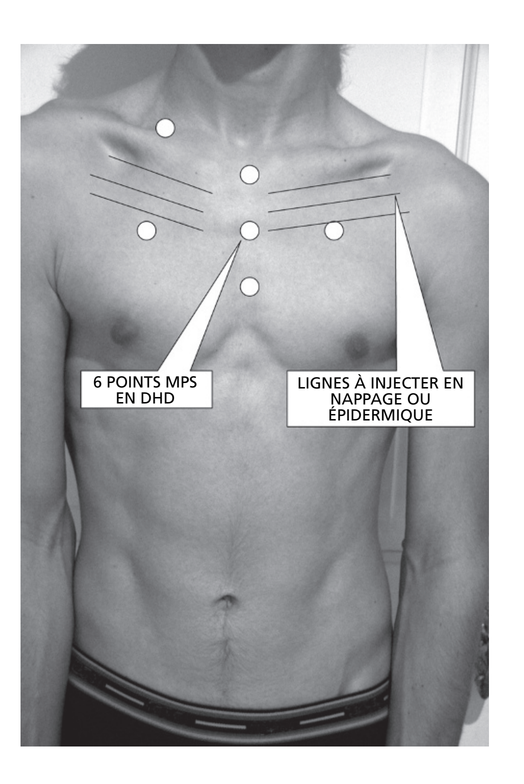
| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1% | 2 cc ; |
| • magnésium | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc ; |
| • *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® | 2 cc. |

### Zones d'application

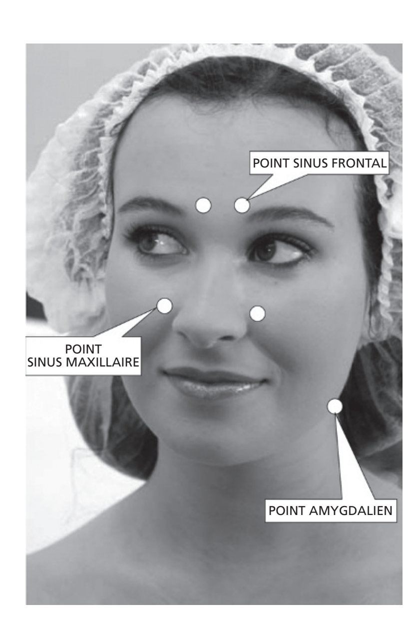
Cartographie de mésovaccination avec points pulmonaires.
Cartographie MPS dysfonction vasculo-viscérale bronchopulmonaire.
Cartographie de la mésostimulation.

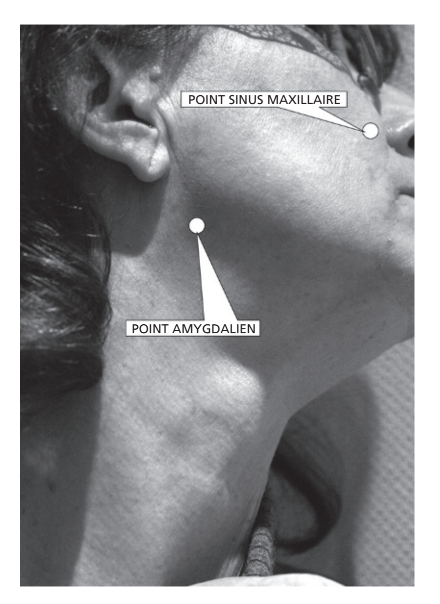
### Rythme

J1, J7, J14 et tous les 3 mois.




**Cartographie MPS bronchopulmonaire**




**Cartographie de la mésovaccination**

Encore un bon traitement renforçateur, complémentaire à la thérapeutique classique.

# Capsulite rétractile de l'épaule

## MOTS CLÉS

CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Lésions scléroatrophiques des structures abarticulaires de l'épaule avec grippage articulaire aboutissant à une limitation plus ou moins complète de la mobilité.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Phase terminale d'un processus de type algodystrophique.

## EXAMEN CLINIQUE

Impotence fonctionnelle marquée en opposition avec un processus douloureux qui s'atténue progressivement.
Tests isométriques impossibles.
Limitation articulaire.
Contractures musculaires des rotateurs externes et du deltoïde retrouvées au palper rouler.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Arthroscanner- Arthro IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Procaïne 2 % (2 cc) + thiocolchicoside (3 cc) en IED.

### Zones d'application

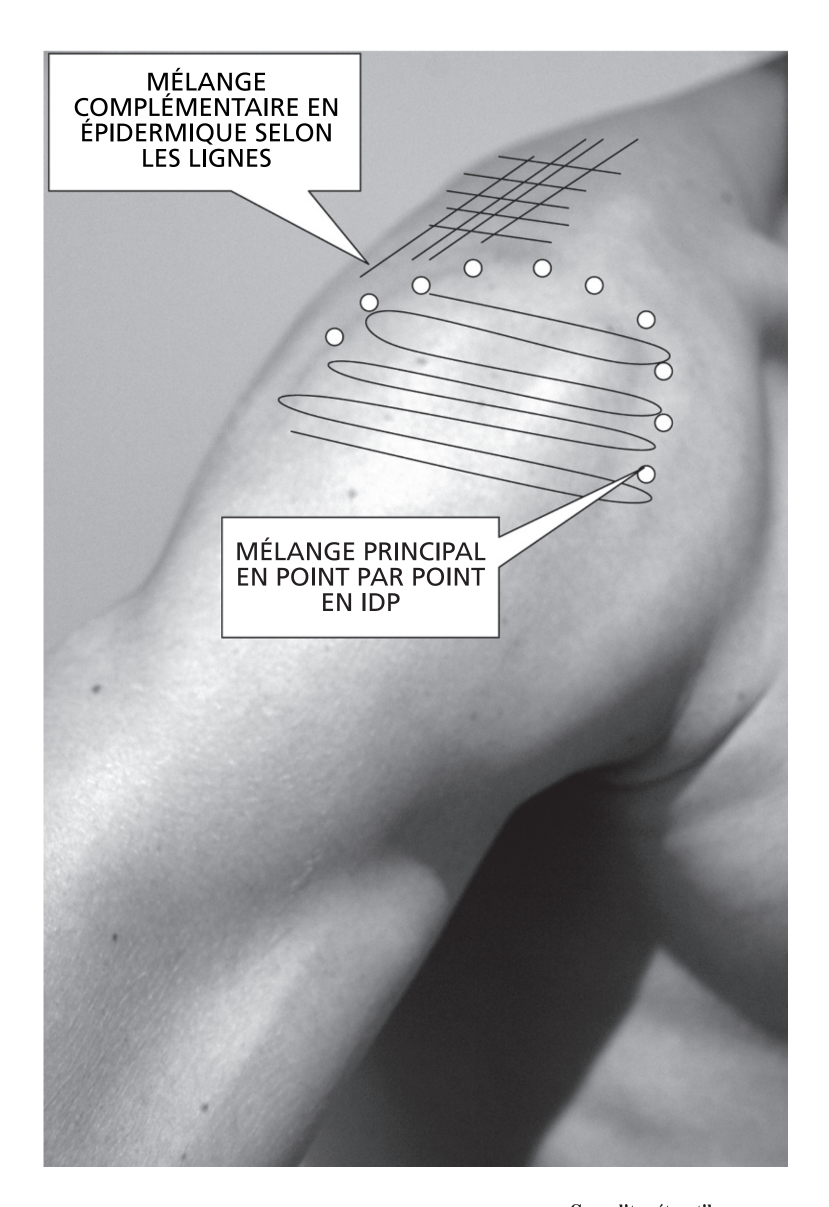
Mélange principal en regard de l'interligne articulaire et mélange complémentaire en regard des corps musculaires.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation très active.




**Capsulite rétractile**

Les diagnostics différentiels à éliminer sont l'épaule aigüe hyperalgique, l'épaule gelée et l'épaule pseudoparalytique.

# Cellulite – mésodissolution

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – CELLULITE – LIPODYSTROPHIE – LYSE ADIPOCYTAIRE – DRAINAGE – MÉSODISSOLUTION – LIPOLYSE

## DÉFINITION

Traitement des hydrolipodystrophies et des tissus graisseux par lyse adipocytaire et drainage.
Travaux du Dr Bonnet (2004–2007) qui montrent sur 450 observations, 85 % de satisfaction des patientes, et une réduction du tissu graisseux de 30 %, contrôlée à l'échographie de façon significative.
Un suivi de pharmacovigilance sur 3 ans (2004–2007) à propos de 2500 observations n'a pas montré d'effet indésirable. L'indice efficacité–tolérance est excellent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Gonflement, éclatement adipocytaire par hypo-osmolarité. Drainage des tissus.

## EXAMEN CLINIQUE

Marquer les zones à traiter.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Recherche d'un éventuel syndrome métabolique associé.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS, IDP, épidermique IED en drainage → MÉSODRAIN.
DHD en hypodermique strict → pour la lyse : MÉSODISSOLUTION.

### Mélange principal

Mésodissolution :
- lidocaïne 1% 4 cc ;
- thiocolchicoside 1 cc ;
- calcitonine 100 UI 0,5 cc ;
- vitamine C 0,5 cc ;
- eau ppi 14 cc.

(ppi : pour préparation injectable)

### Mélange complémentaire

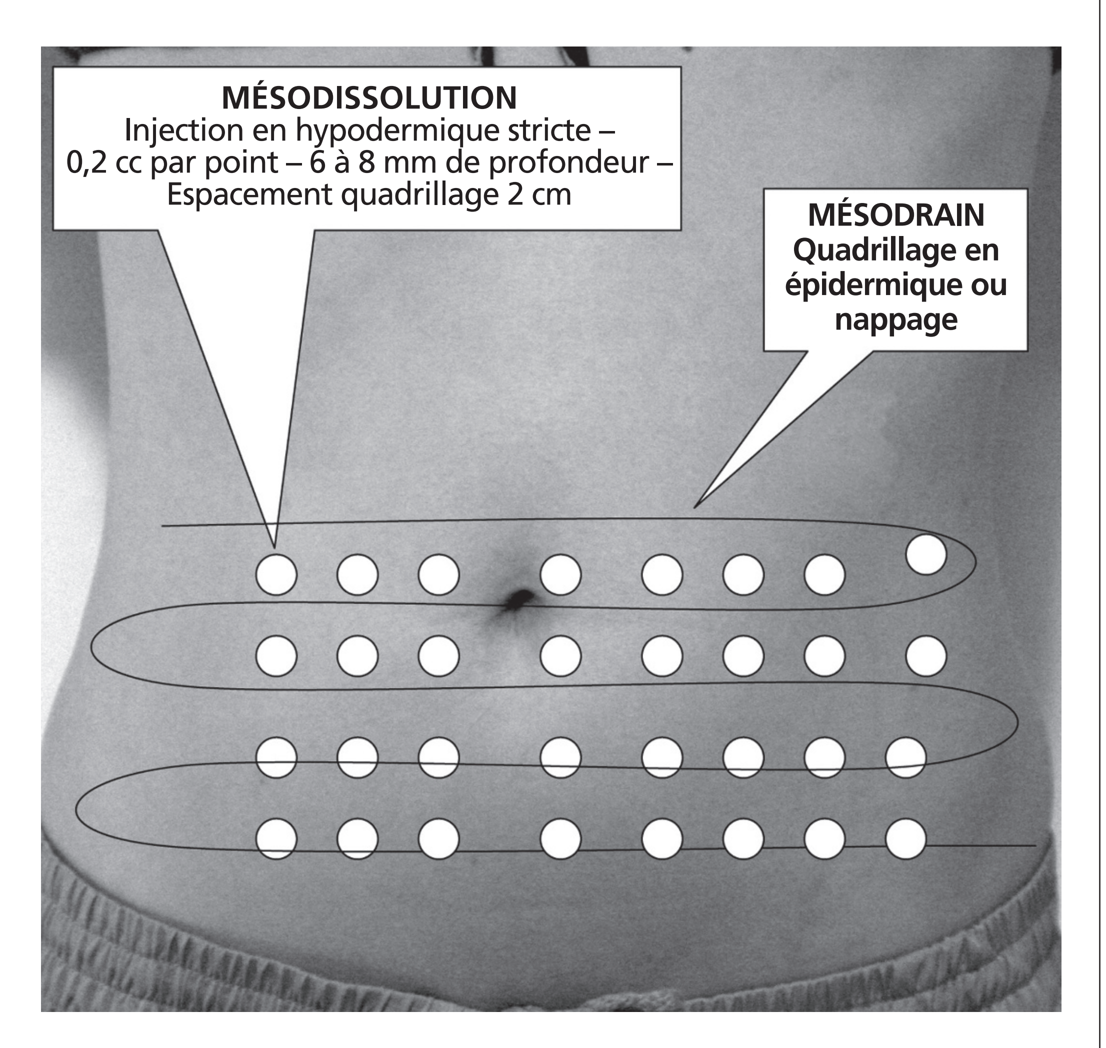
Mésodrain systématique (*cf.* p. 156) :
- lidocaïne 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Zones d'application

Toutes zones graisseuses → pour la mésodissolution.
Axes vasculaires et zones traitées → pour mésodrain.

### Rythme

Une séance par semaine 8 à 10 fois et entretien tous les 1 à 2 mois.




**Mésodissolution – cellulite**

Possibilité de faire une technique modifiée sans calcitonine (mésodissolution modifiée et mésodrain modifié).
Pour garder l'hypo-osmolarité, ne pas changer ni les produits ni les dosages.

# Céphalée frontale

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE, OCCIPITALE, FRONTALE

## DÉFINITION

Douleurs frontales, uni- ou bilatérales.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Douleurs frontales uni- ou bilatérales, d'origines variées : tension musculaire cervicale postérieure des muscles sternocléidomastoïdiens, origine migraineuse, sinusite frontale, fatigue intellectuelle, trouble de la vision.

## EXAMEN CLINIQUE

Analyse cliniques des signes locaux et locorégionaux :
- recherche de points de tension douloureux frontaux, cervicaux, sinusiens ;
- recherche de cellulopathies frontales, faciales, céphaliques et cervicales ;

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En fonction de l'examen clinique:
- radiographies simples ou scanner cervical, du massif facial ;
- fibroscopie ORL des sinus de la face ;
- examen ophtalmologique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si inflammation aiguë ou subaiguë (sinusite) :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

Si terrain migraineux, stressé :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélange complémentaire

Si asthénie:
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

### Zones d'application

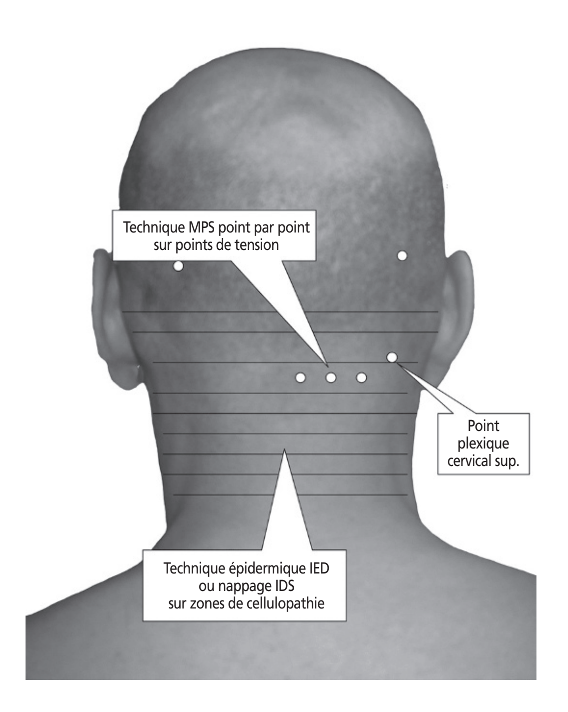
Cellulopathies frontales et faciales, cervicales postérieures et/ou latérales.
Points douloureux frontaux et musculaires.

### Rythme

J1, J7, J14.




**Céphalée tension frontale – face antérieure**




**Céphalée tension frontale – face postérieure**

Les céphalées frontales ont de nombreuses étiologies possibles.
L'examen clinique s'attache à cerner ces étiologies et à adapter le traitement mésothérapique qui a un rôle de débrouillage d'un tableau complexe et un rôle spécifique de soulagement rapide.
Ne jamais oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de le traiter en cas de désordre fonctionnel.

# Céphalée occipitale

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE OCCIPITALE

## DÉFINITION

Céphalées de la région occipitale irradiant vers le vertex et/ou la région frontale ayant pour origine la mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux, d'origine variée (traumatisme, fatigue, courbature, stress, désordre intervertébral mineur…), provoque des douleurs musculaires (points de détente) et des cellulopathies occipitales, du cuir chevelu, de la région frontale et de la face.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche fine des cellulopathies sur un patient détendu (décubitus dorsal, tête en rétroflexion) et des points de détente musculaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies du rachis cervical de face, profil et 3/4, clichés centrés sur C1 et C2, si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.
Scanner cervical avec reconstruction du rachis et des vertèbres en images 3D.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur points douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI1 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI1 cc.

### Mélanges complémentaires

Si asthénie, terrain débilité :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

## Zones d'application

Région cervicale.
Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).
Régions frontale et faciale si cellulopathie.
Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

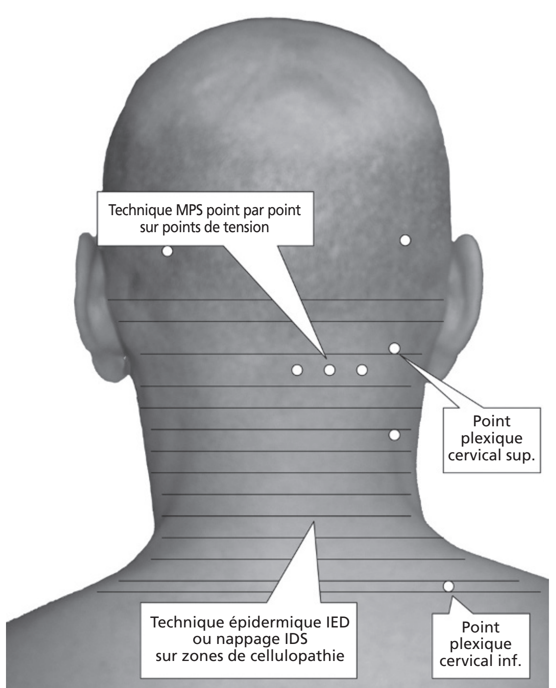
## Rythme

J1, J7, J14.
J1, J4, J8 si trouble très aigu.
Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique encore améliorable par le traitement mésothérapique.




**Céphalée tension occipitale – face antétrieure**






**Céphalée tension occipitale – face postérieure**

# Céphalée temporale

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE, OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE

## DÉFINITION

Douleurs temporales, uni- ou bilatérales.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Douleurs temporales uni- ou bilatérales, d'origines variées : tension musculaire cervicale postérieure des muscles sternocléido-mastoïdiens, origine migraineuse, fatigue intellectuelle.

## EXAMEN CLINIQUE

Analyse clinique des signes locaux et locorégionaux :
- recherche de points de tension douloureux temporaux, cervicaux ;
- recherche de cellulopathies temporales, faciales, céphaliques et cervicales ;
- évaluation clinique des différentes étiologies.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Parfois nécessaires :
Radiographies simples ou scanner cervical ;

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si terrain migraineux, stressé :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélange complémentaire

Si asthénie:
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

### Zones d'application

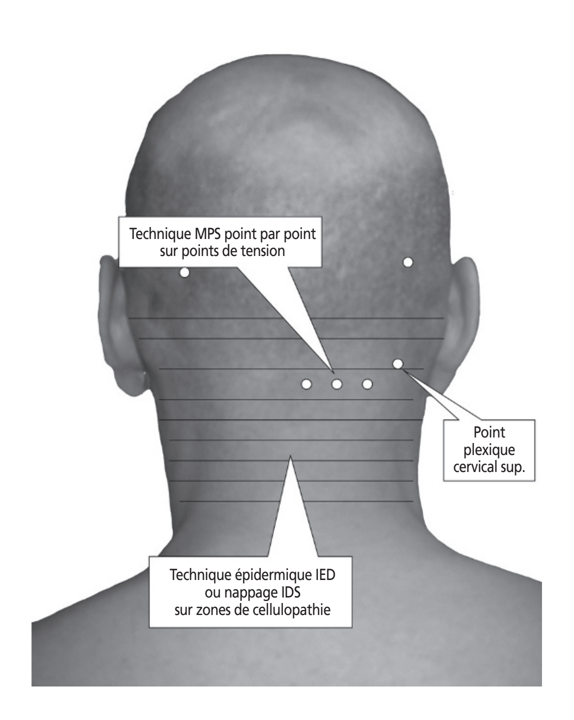
Cellulopathies temporales et faciales, cervicales postérieures et/ou latérales.
Points douloureux musculaires.

### Rythme

J1, J7, J14.




**Céphalée tension temporale – face antérieure**




**Céphalée tension temporale – face postérieure**

Les céphalées temporales sont fréquentes. Le stress, la tension cervicale quotidienne sont des causes habituelles.
La tension du sternocléidomastoïdien (suite de travaux tête relevée par exemple, mauvais couchage) est douloureuse à la palpation du corps musculaire et induit des cellulopathies temporales et faciales.
Ne jamais oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de le traiter en cas de désordre fonctionnel.

# Céphalée de tension cervicale

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE

## DÉFINITION

Céphalées de la région cervicale moyenne ou supérieure irradiant vers la région occipitale, le vertex et/ou la région frontale ayant pour origine la mise en tension aiguë ou chronique des muscles cervicaux postérieurs.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles cervicaux postérieurs, d'origine variée (traumatisme, fatigue, courbature, stress, désordre intervertébral mineur, etc.), provoque des douleurs musculaires (points de détente) et des cellulopathies cervicales postérieures, du cuir chevelu, de la région frontale et de la face.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche fine des cellulopathies sur un patient détendu (décubitus dorsal, rotations droite et gauche de la tête, ou position assise tête posée sur les mains elles-mêmes posées à plat sur une table, coudes écartés) et des points de détente musculaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies du rachis cervical de face, profil et 3/4 si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.
Scanner cervical avec reconstruction du rachis en images 3D, éventuellement.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI1 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI1 cc.

### Mélanges complémentaires

Si asthénie:
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

Si douleur stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

Si œdème, contusion, hématome :

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- arnica 4 DH 1 cc.

## Zones d'application

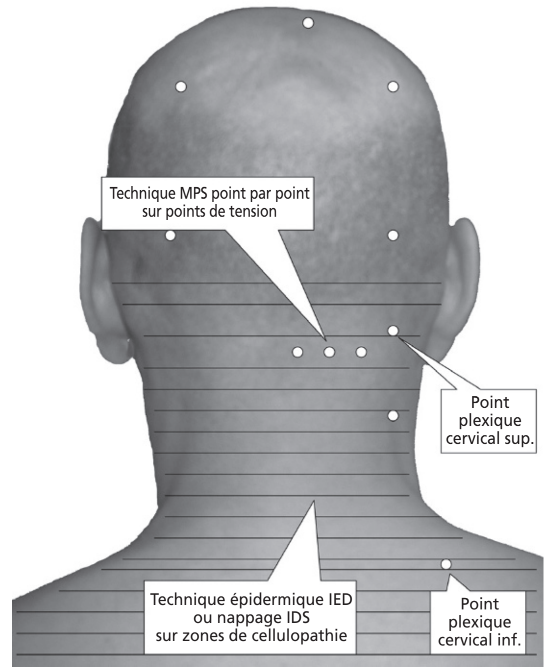
Région cervicale.
Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).
Point plexique cervical inférieur.
Point réflexe latérocervical (niveau C4–C5).
Point réflexe stellaire (creux susclaviculaire).
Régions frontale et faciale si cellulopathie.
Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

## Rythme

J1, J7, J14 ou J1, J4, J8 si trouble très aigu.
Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique.




**Céphalée de tension cervicale – face antérieure**




**Céphalée de tension cervicale – face postérieure**

Les céphalées de tension cervicale sont très fréquentes. L'implication du stress est forte. Il ne faut pas hésiter à élargir le traitement à l'ensemble du rachis et à la région thoracique antérieure et à la base latérale du cou pour augmenter l'efficacité. Ne pas surtraiter un patient hyperesthésique.

# Cervicalgie commune abarticulaire

## MOTS CLÉS

NÉVRALGIE – NCB – DORSALGIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Inflammation des structures abarticulaires du rachis cervical.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire mécanique et/ou dégénératif des tendons, muscles et ligaments du rachis cervical.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical.
Douleur à la pression digitale des tendons, muscles et ligaments cervicaux au niveau du rachis cervical sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale mécanique et/ou dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
Douleur à la pression digitale de points plexiques à l'intersection supérieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien (plexique cervical supérieur) et à l'intersection inférieure (plexus cervical inférieur).
DND sur le rachis cervical.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien et les points plexiques.
Si flush ou nausées, calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

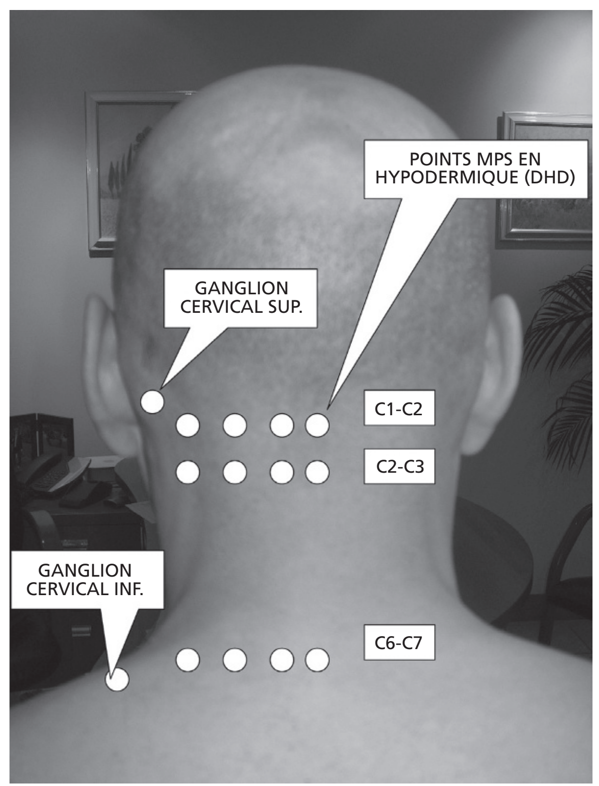
Mélange principal en regard du segment rachidien et des points plexiques et mélange complémentaire en regard de tout le rachis.

### Rythme

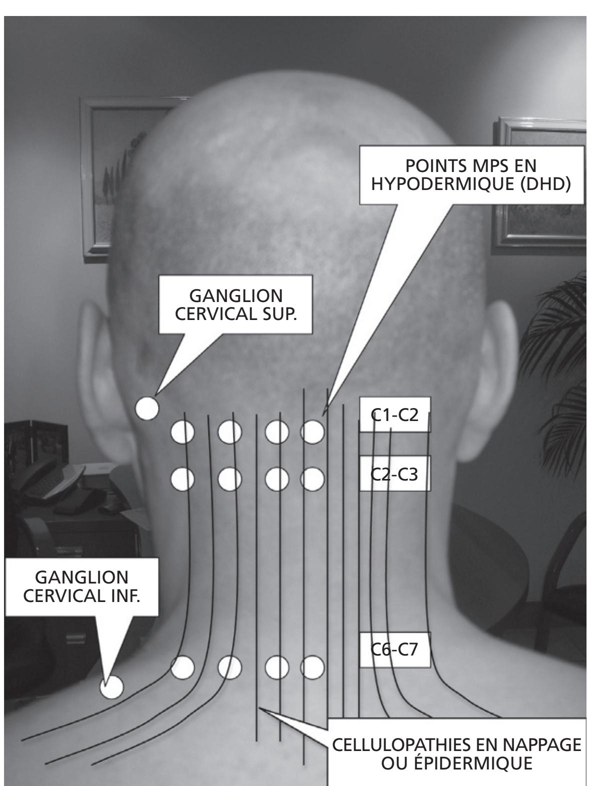
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si piroxicam insuffisant : kétoprofène mais, dans ce cas, la calcitonine se fait sur le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Points MPS rachis cervical**




**Points MPS rachis cervical**

# Cervicalgie commune arthrosique

## MOTS CLÉS

NÉVRALGIE – NCB – DORSALGIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis cervical.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussées aiguës inflammatoires sur un rachis cervical dégénératif.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical.
Douleur à la pression digitale sur l'interligne du rachis donnant une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertebraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
Douleur à la pression digitale de points plexiques : à l'intersection supérieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien (plexus cervical supérieur) et à l'intersection inférieure (plexus cervical inférieur).
DND sur le rachis cervical.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS), sur tout le rachis.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien et les points plexiques.
Si nausées ou flush, calcitonine en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

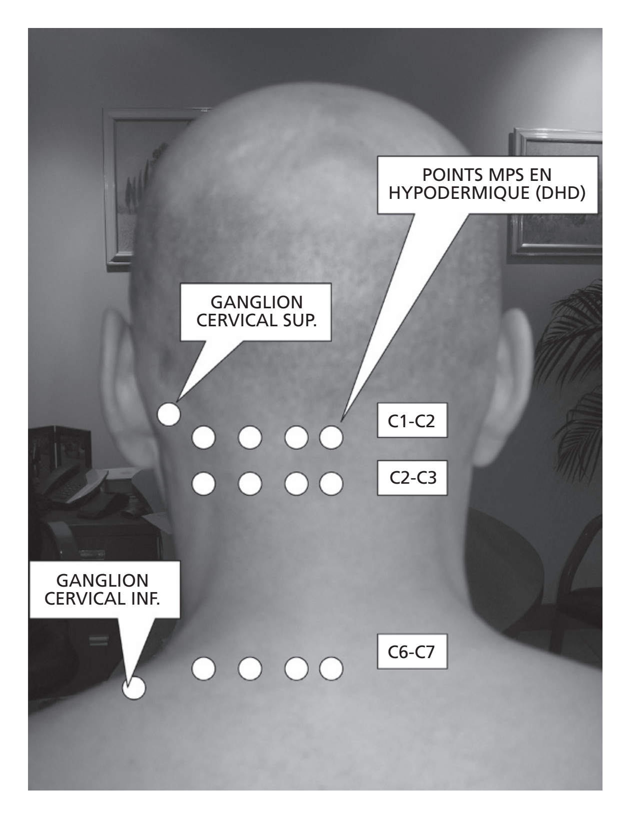
Mélange principal en regard du segment rachidien et des points plexiques et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical.

### Rythme

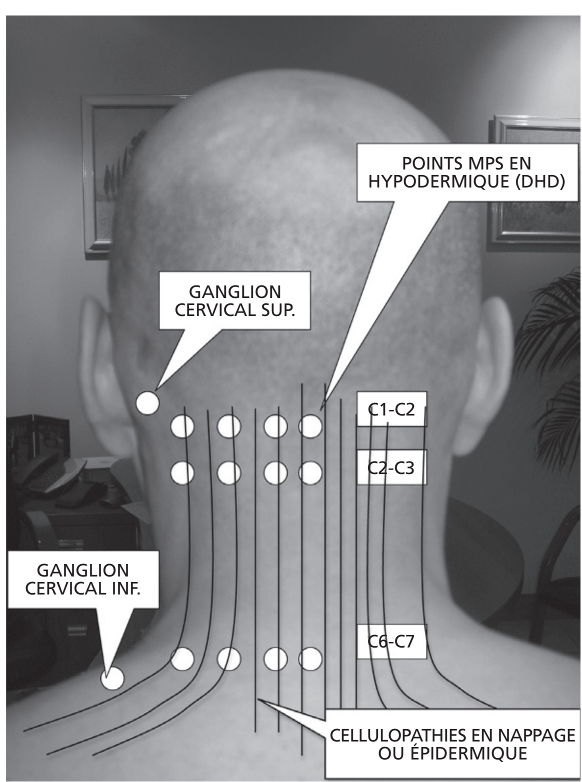
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED IDS.
Rééducation.




**Points MPS rachis cervical**




**Points MPS rachis cervical**

# Chéloïde

## MOTS CLÉS

CHÉLOÏDE – FIBROSE – CICATRICE

## DÉFINITION

Formation fibreuse cicatricielle formant un bourrelet inesthétique plus ou moins volumineux. Le plus souvent dans les suites d'une plaie chirurgicale ou autre.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Dysrégulation des processus de cicatrisation – fibrose.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS, épidermique.

### Mélange principal

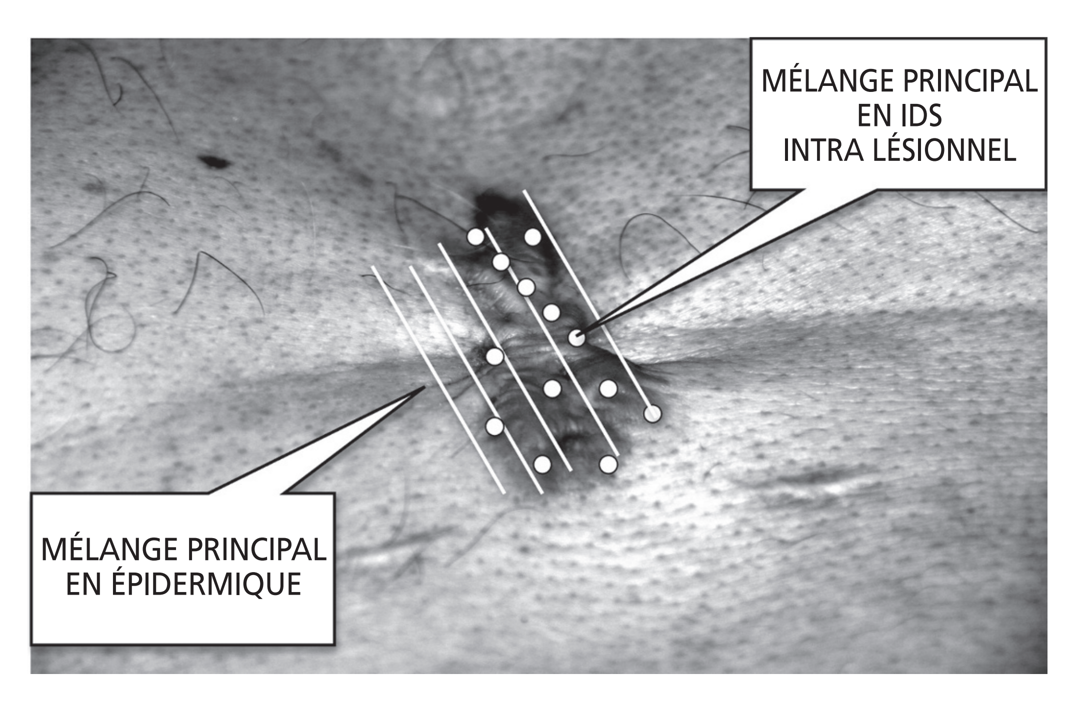
- pentoxifylline 1 cc ;
- vitamine E 1 cc ;
- calcinonine 100 UI 1 cc.

### Zones d'application

Directement dans la chéloïde et terminer par un nappage ou épidermique.
Rester superficiel et non agressif.

### Rythme

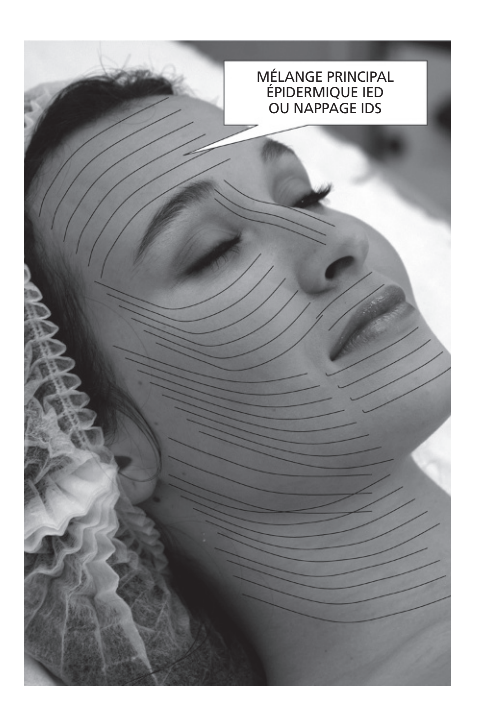
J1, J15, J30, J45 et une séance par mois.




**Traitement des chéloïdes**

Ce traitement est très intéressant et a le mérite d'agir préventivement et curativement, la réduction de la chéloïde est nette et son inflammation (rougeur) diminue largement. Les petites chéloïdes réagissent beaucoup plus rapidement.

La mésothérapie remplie un vide thérapeutique.




**Chirurgie de la face**

La mésothérapie apporte un confort exceptionnel à la chirurgie de la tête, face et cou.

Grâce au traitement pré-opératoire, les tissus retrouvent une bonne trophicité.

Grâce au traitement postopératoire précoce (à partir du 4$^{e}$ jour postopératoire, début de la phase de prolifération, granulation, contraction), les douleurs s'estompent rapidement, l'œdème régresse.

Grâce au traitement postopératoire tardif (remodelage, maturation), la cicatrisation se termine et les tissus retrouvent une bonne trophicité et une antalgie.

La mésothérapie apporte des effets positifs même très tardivement (plusieurs années) après l'intervention.

# Cicatrice

## MOTS CLÉS

CICATRICE – ACNÉ – VERGETURE – POSTCHIRURGIE

## DÉFINITION

Plaie traumatique ou chirurgicale, suturée ou non, datant de 4 jours à plusieurs années, en phase évolutive de cicatrisation ou en phase de cicatrice terminée, avec séquelles esthétiques ou fonctionnelles.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Quatre phases :
• phase 1 : hémostase (J0) ;
• phase 2 : inflammation (J1 à J4) ;
• phase 3 : prolifération – granulation – contraction (J4 à J21) ;
• phase 4 : remodelage – maturation (J21 à 2 ans).

Le traitement mésothérapique s'applique à partir de la phase 3, en respectant scrupuleusement les règles de désinfection de la peau en période postopératoire.

## EXAMEN CLINIQUE

*Troubles esthétiques :* tissus en creux, en relief, atones, fins, épaissis, hyperkératosiques, pigmentés, dépigmentés, blancs, bleus, violacés, rouges, chauds, froids, hypervascularisés, hypovascularisés.

*Troubles fonctionnels* : adhérence aux plans profonds, rétraction, manque de souplesse au mouvement, hypoesthésie, hyperesthésie, dysesthésie.

*Toucher* en finesse, du bout des doigts, avec la pulpe des doigts, en étirant ou en poussant, en pinçant doucement la peau.

*Exploration* des régions adjacentes, des organes sous-jacents.

Rechercher un trouble locorégional.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Souvent inutiles.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique – IDS nappage par ligne espacées de 2 à 3 mm.
Papules.
IDP points par point – IDP rétrotraçantes.

### Mélanges principaux

Cicatrice J4 postopératoire :

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • étamsylate | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc. |

Cicatrice entre J4 et 2 ans :

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pentoxifylline | 2 cc ; |
| • vitamine E | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc. |

Cicatrice ancienne avec sensation de brûlure :

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pidolate de magnésium | 2 cc ; |
| • vitamine C | 2 cc ; |
| • vitamine E | 2 cc. |

Cicatrice ancienne douloureuse :

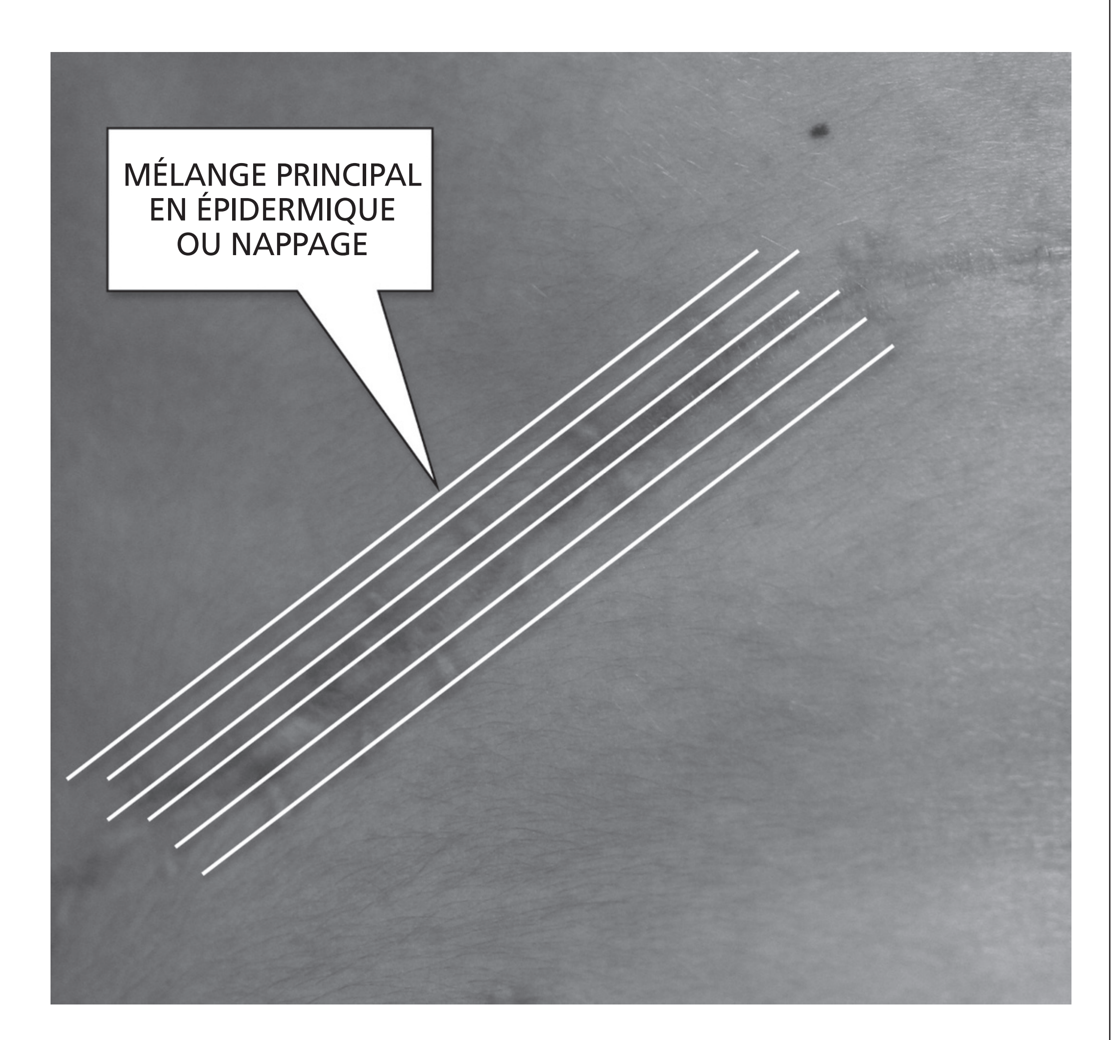
| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pidolate de magnésium | 1,5 cc ; |
| • vitamine C | 1,5 cc ; |
| • calcitonine saumon 100 UI | 1 cc. |

### Zones d'application

Sur la cicatrice en débordant largement la zone.

### Rythme

J1, J7, J14, J30.




**Cicatrice cutanée**

Il est possible d'appliquer un traitement mésothérapique à partir du 4e jour postopératoire, en respectant scrupuleusement les règles de désinfection de la peau et en utilisant exclusivement la technique IED épidermique qui ne traverse pas la couche basale.

Avec les mêmes précautions, il est possible de traiter une cicatrice en regard d'une prothèse (genou par exemple)

Le mélange de médicaments utilisés s'appuie sur les constatations cliniques de l'examen, sans oublier l'état général du patient, et s'adapte ainsi à chaque cicatrice.

Les cicatrices, même très anciennes, gardent souvent un fort potentiel réactif.

La mésothérapie est une technique de choix pour rétablir de bonnes conditions locales de croissance tissulaire.

Seules les cicatrices chéloïdes récentes sont modérément réceptives à la mésothérapie.

# Colique néphrétique

## MOTS CLÉS

COLITE – COLOPATHIE – COLIQUE NÉPHRÉTIQUE – SPASME – CYSTITE

## DÉFINITION

Traitement complémentaire symptomatique du spasme aigu hyperalgique provoqué par la dilatation urétérale et rénale.
En amont d'une obstruction ou compression, intra- ou extrinsèque de l'uretère.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Stase, dilatation capsulaire rénale et urétérale par obstacle en aval.

## EXAMEN CLINIQUE

Standard.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Biologie.
Échographie abdominale, rénale.
UIV.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage, IDP, MPS en DHD.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- kétoprofène 1 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Et :

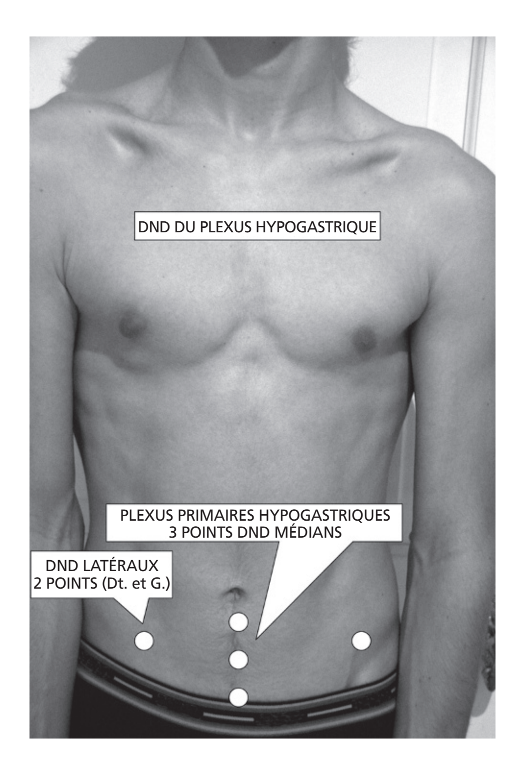
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

### Zones d'application

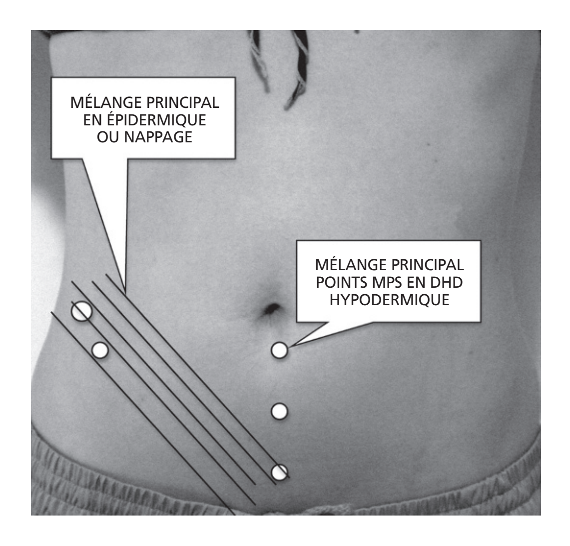
Points MPS dysfonction viscérale, abdominale.
Aires rénale, urétérale.

### Rythme

J0, J3, J7.




**Cartographie du plexus hypogastrique – DND viscérales**




**Colique néphrétique droite**

Traitement symptomatique efficace et complémentaire.

# Colite spasmodique

## MOTS CLÉS

COLITE – COLOPATHIE – MÉSOSTRESS – SPASME

## DÉFINITION

Dysfonction colitique, avec douleurs spasmodiques du côlon droit ou gauche, sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Spasme, inflammation, dysfonction.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan entérologue éventuel.
Coloscopie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

MPS en DHD.

IDS nappage, épidermique ou IDP.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

### Mélange complémentaire

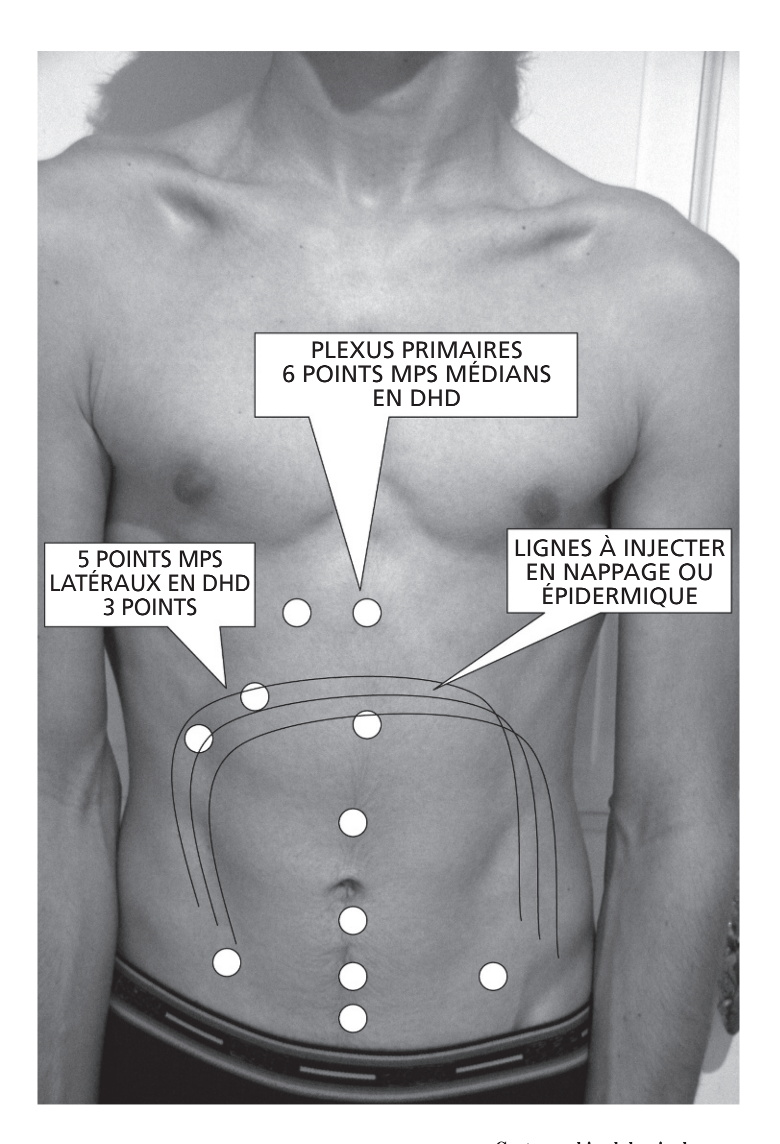
Mésostress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- magnésium 1 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc.

### Zones d'application

Points MPS dysfonction viscérale.
Cadre colique.
Point de mésostress.
Région lombaire si besoin (douleurs projetées).

### Rythme

J1, J7, J14 et à la demande.




**Cartographie abdominale**

Rechercher une douleur projetée lombaire et la traiter par mésothérapie (lombalgie).

# Colopathie fonctionnelle

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION INTESTINALE – NEUROTONIE – MÉSOSTRESS – COLOPATHIE

## DÉFINITION

Dysfonctions colitiques. Douleurs coliques à type de crampes, spasmes, troubles du transit (diarrhée ou constipation) en absence de cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Spasme et trouble sympathique.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées, coloscopie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
DHD sur point douloureux plexique gastrique, épigastrique et hypogastrique (points MPS).
Nappage ou IDS sur points abdominaux.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

Ou :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

### Mélange complémentaire sur terrain stressé

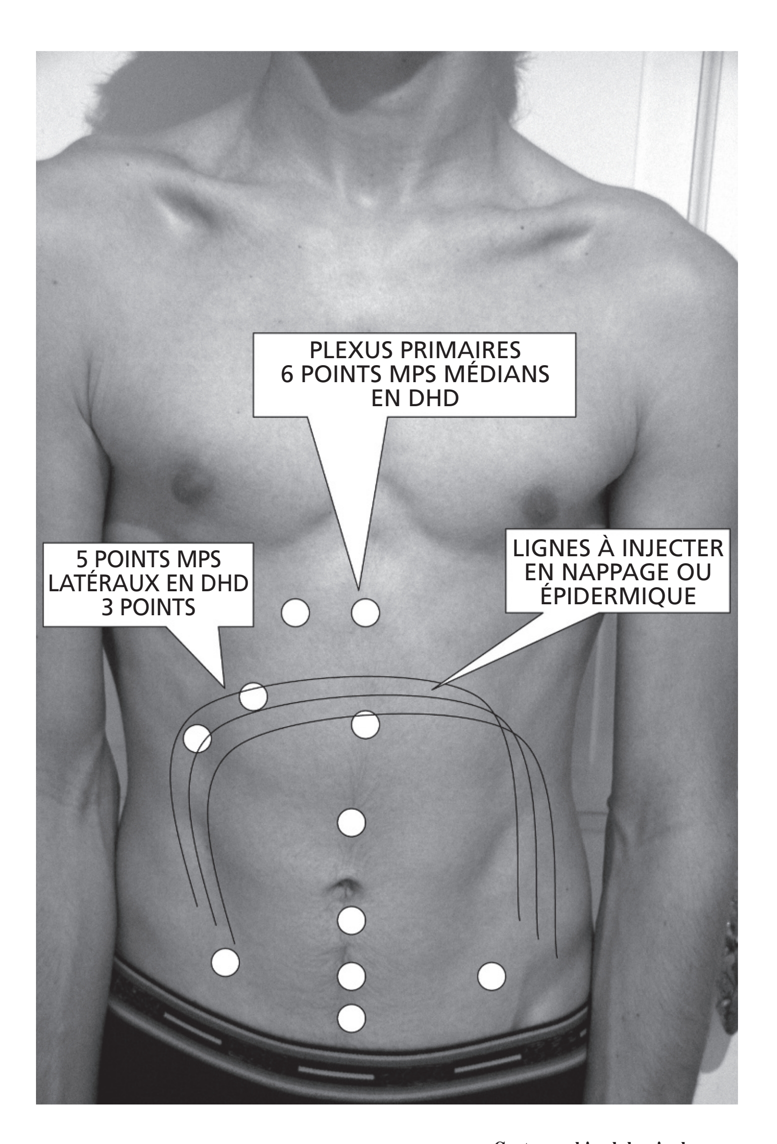
MÉSOSTRESS :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Point par point DHD : 6 points plexus primaire (sous-appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux, sous-ombilical, sus-pubien, entre les deux).
Épidermique IED ou nappage IDS : cadre colique.

### Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution.




**Cartographie abdominale**

Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

# Comblement de ride

## MOTS CLÉS

MÉSOLIFT – LIPOLIFT – MÉSODISSOLUTION – LIPODRAIN – ANTI-ÂGE – COMBLEMENT – RIDE

## DÉFINITION

Injection de produits comblants dans le derme pour un effet de remplissage des rides et pour une durée variable.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Comblement remplissage–hydratation, stimulation fibroblastique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Injection rétrotraçante dans le derme.

### Mélanges principaux

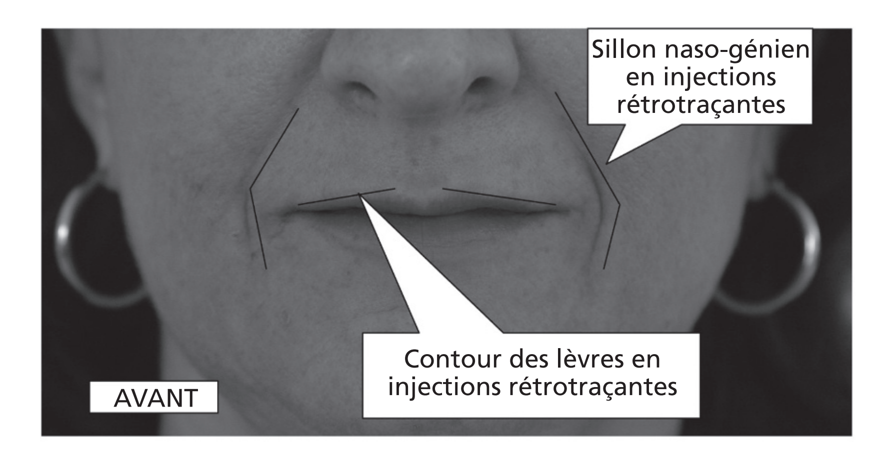
De nombreux produits existent sur le marché.
Nous retiendrons les plus utilisés, à base d'acide hyaluronique réticulé résorbable (avec marquage CE).
Acide hyaluronique réticulé pur, en quantité variable, le plus souvent 0,8 à 3 cc par séance.

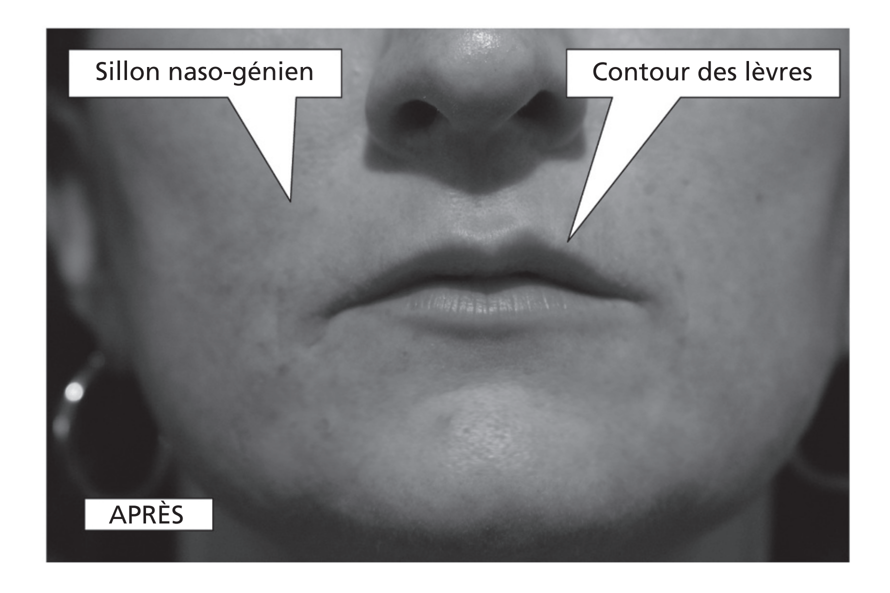
### Zones d'application

Sillons nasogéniens, glabelle, patte-d'oie, pommettes, lèvres et correction de petits volumes.

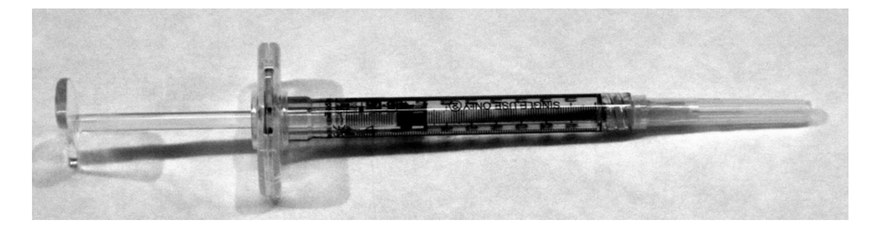
### Rythme

Une séance tous les 6 à 12 mois, selon l'épaisseur du sillon et la concentration du produit injecté.




**Comblement des sillons nasogéniens et contours des lèvres**



**Seringue d'acide hyaluronique**

La mésothérapie consiste à injecter des produits dans la peau, c'est pourquoi cette indication en fait partie.

# Conflit sous-acromial antérosupérieur de stade I

## MOTS CLÉS

CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antérosupérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte jeune ayant une activité physique intensive.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire des structures anatomiques concernées chez le sujet jeune.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antérosupérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale des tendons concernés.
Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.
Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.
Arthroscanner, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélanges principaux

• [1]. lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP ;
• [2]. piroxicam (1 cc) + étamsylate (2 cc) + pentoxifylline (2 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

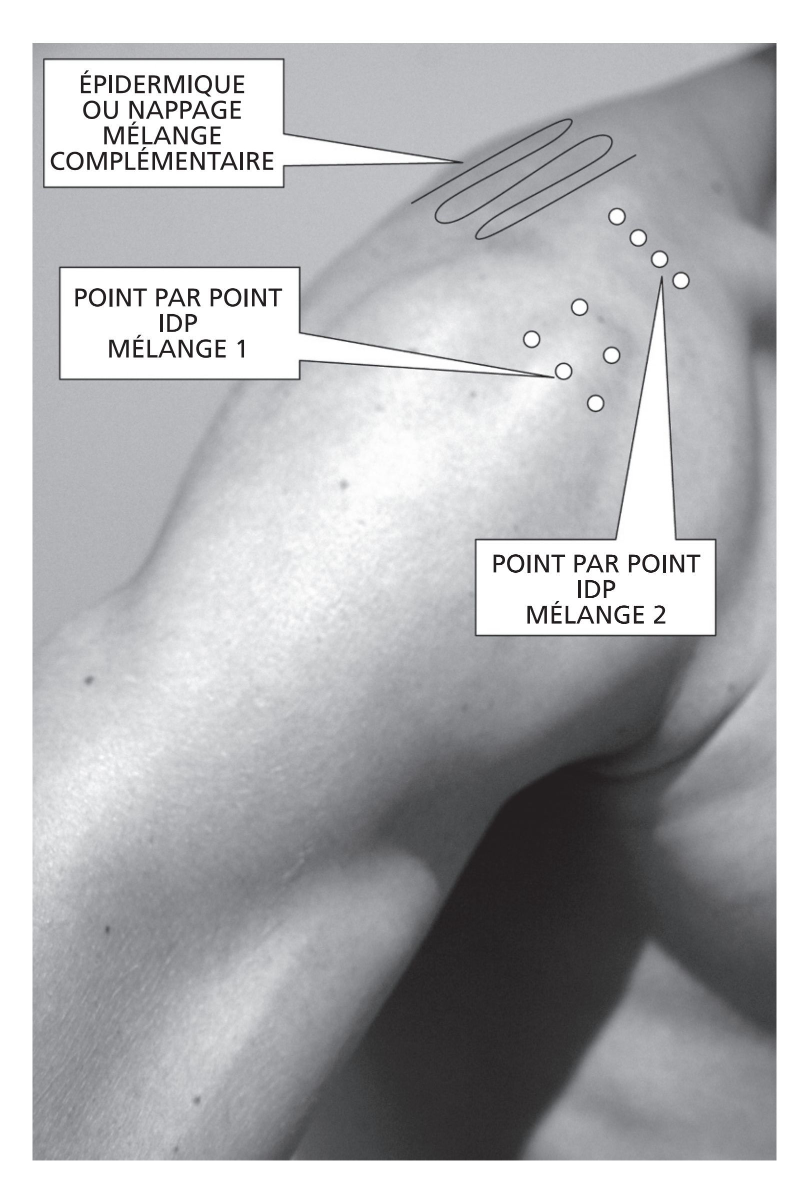
Mélange principal [1] en regard du tendon, mélange principal [2] en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation ± manipulation si forme secondaire à une subluxation de la tête radiale.




**Conflit sous-acromial stade I**

# Conflit sous-acromial antérosupérieur de stade II

## MOTS CLÉS

CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antérosupérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte de 40 à 60 ans.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire des structures anatomiques concernées sur un terrain dégénératif.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antérosupérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale des tendons concernés et en péritendineux diffus.
Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.
Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.
Arthroscanner, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélanges principaux

- [1]. lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP ;
- [2]. piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + pentoxifylline (2 cc) en IDP ;
- [3]. complexe vitaminique (1 flacon) + pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélanges complémentaires

- [1]. lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS ;
- [2]. thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

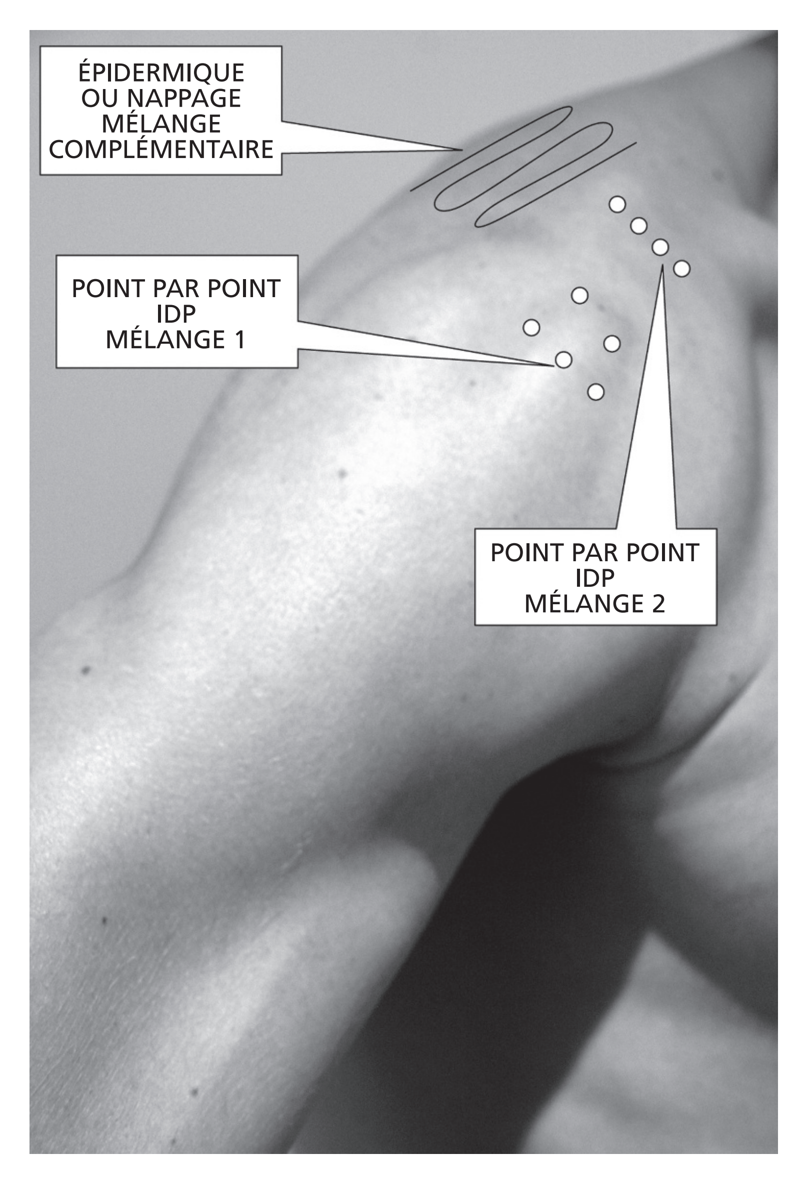
Mélange principal [1] en regard du tendon, mélange principal [2] en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire [1] en regard du corps musculaire à J1 et J8, puis mélange principal [3] en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire [2] en regard du corps musculaire à J15, J30 et J45.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENT(S) COMPLÉMENTAIRE(S)

Rééducation.




**Conflit sous-acromial stade II**

# Conflit sous-acromial antérosupérieur de stade III

## MOTS CLÉS

CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antérosupérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte de plus de 60 ans.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire et des lésions dégénératives avancées.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antérosupérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale des tendons concernés et en péritendineux diffus.
Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.
Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Échographie pour mettre en évidence les déchirures tendineuses partielles ou totales.
Arthroscanner, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Complexe vitaminique (1 flacon) + pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Procaïne 2 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

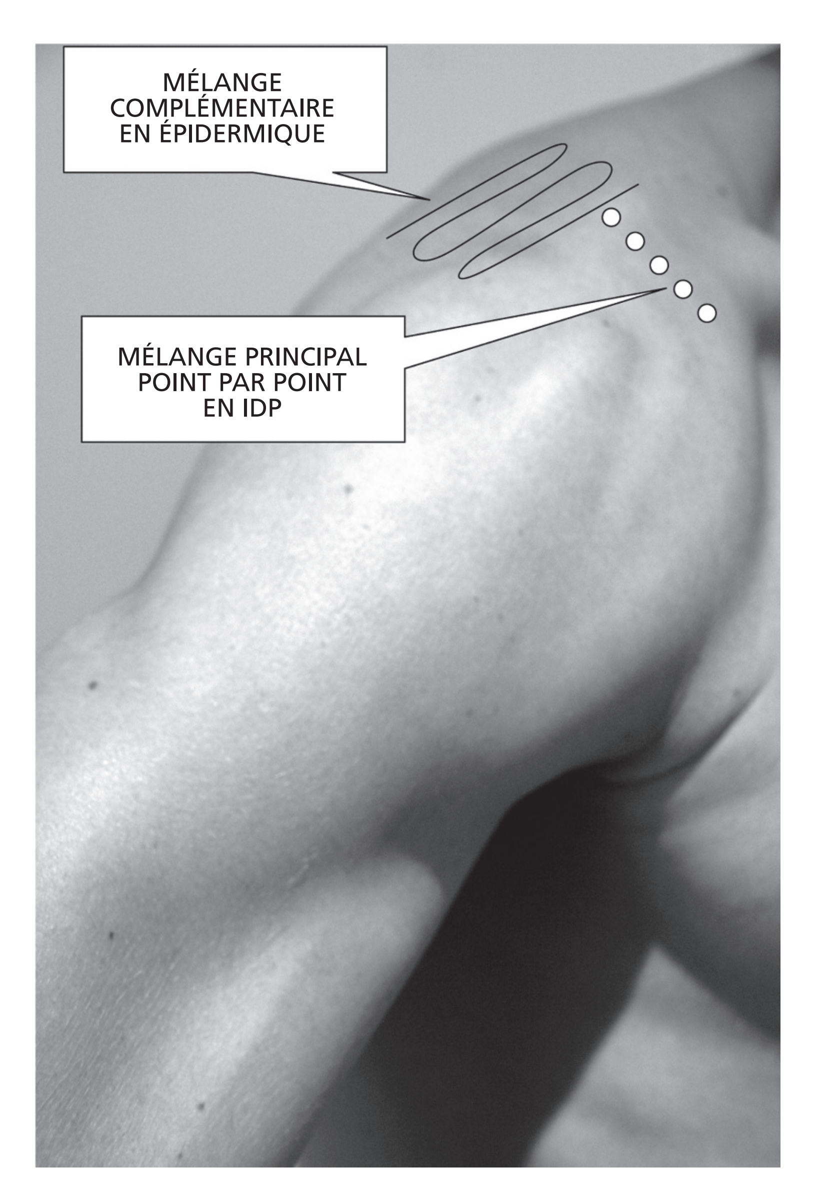
Mélange principal en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire en regard des corps musculaires.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Conflit sous-acromial stade III**

# Constipation chronique fonctionnelle

## MOTS CLÉS

COLOPATHIE – MÉSOSTRESS – COLITE

## DÉFINITION

Dysfonction intestinale, avec troubles du transit à type de ralentissement chronique, sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Spasme, inflammation, dysfonction, neurotonie.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan entérologue éventuel.
Coloscopie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

MPS en DHD.
IDS nappage, épidermique ou IDP.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

### Mélange complémentaire

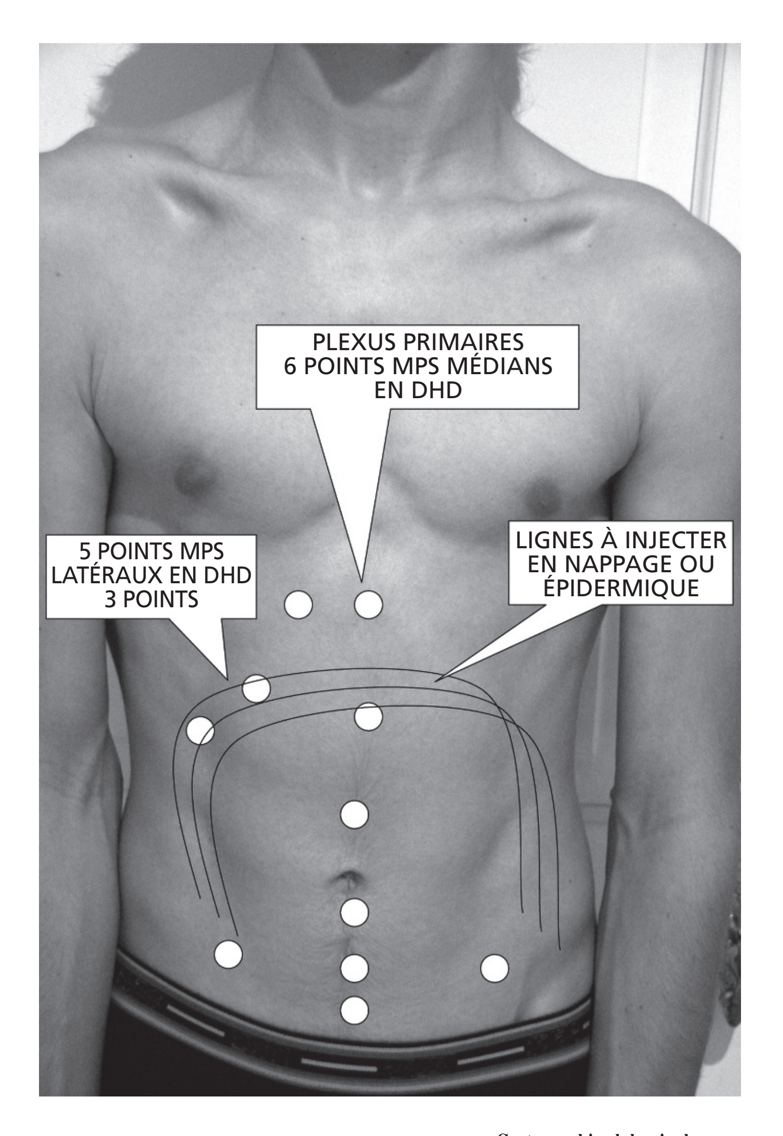
Mésostress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc.

### Zones d'application

Points MPS dysfonction viscérale.
Cadre colique.
Point de mésostress.
Région lombaire si besoin (douleurs projetées).

### Rythme

J1, J14, J30 et tous les 3 mois.




**Cartographie abdominale**

Rechercher une douleur projetée dorsolombaire et la traiter par mésothérapie. Effet sur les ballonnements significatif.

# Contracture musculaire

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

État de souffrance musculaire avec dystonie locale ne touchant pas l'ensemble d'un muscle mais quelques faisceaux de celui-ci, secondaire à une activité physique intensive (sport, bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Contraction musculaire survenant à l'effort, non résolutive, pouvant durer plusieurs jours.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur à la palpation retrouvant un muscle ou un faisceau induré.
Étirement passif rarement limité.
Contraction isométrique possible mais entraînant une gêne en course interne.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IDS.

### Zones d'application

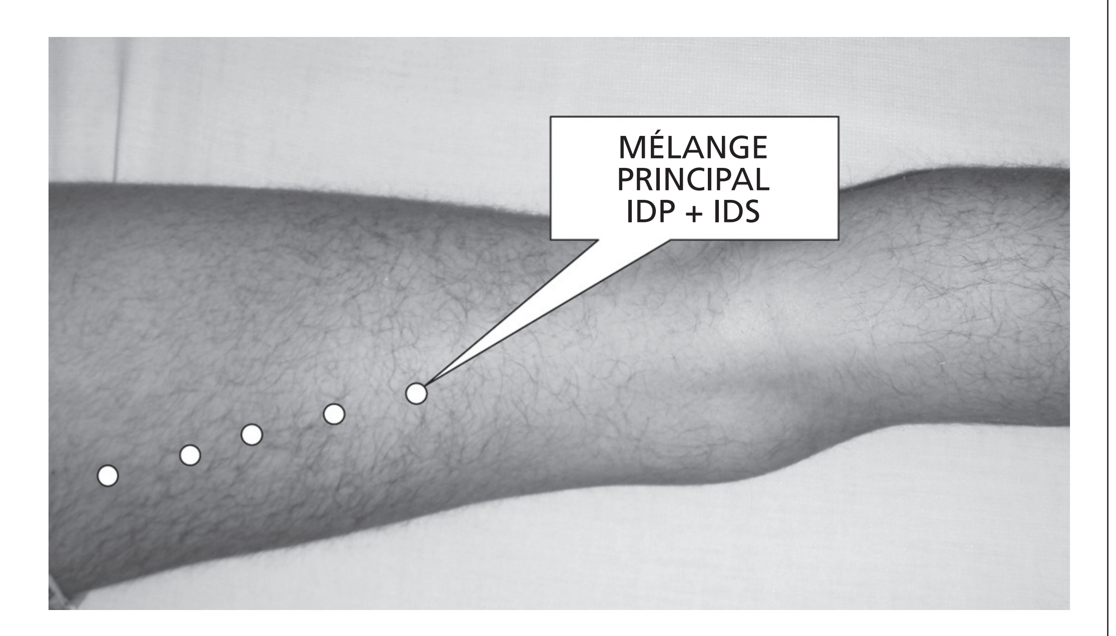
Mélange principal en regard de la zone musculaire contractée.

### Rythme

J1, J8.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Repos, application de chaleur.




**Contracture musculaire**

# Contusion musculaire

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine extrinsèque : choc direct sur un muscle contracté (béquille au football) entraînant une rupture de fibres musculaires.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atteinte irréversible de fibres musculaires et du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématome.

## EXAMEN CLINIQUE

Présence d'un hématome externe.
Douleur exquise à la palpation.
Étirement passif impossible.
Contraction isométrique impossible.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + thiocolchicoside (1 à 2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

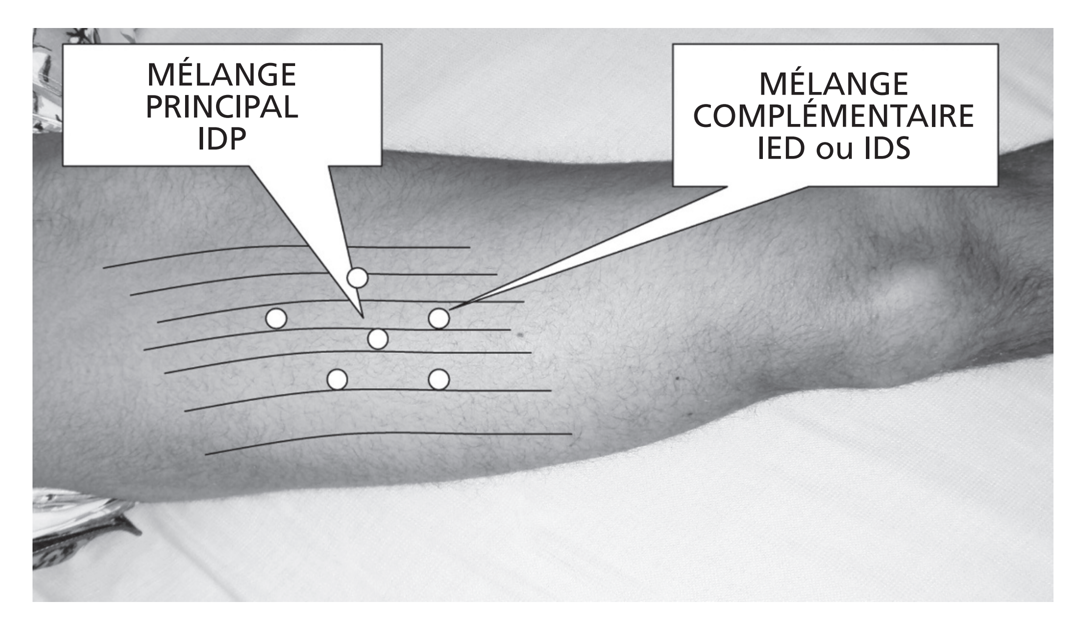
Mélange principal en regard de la zone contuse et mélange complémentaire sur le muscle autour.

### Rythme

J1, J4.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Repos, cryothérapie, contention, muscle en course interne, ponction de l'hématome.




**Contusion musculaire**

# Cruralgie commune L2–L3

## MOTS CLÉS

CRURALGIE – LOMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – SCIATIQUE – LUMBAGO

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine L3 du rachis lombaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine L3 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.
Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L2–L3.
Douleur à la pression digitale sur le trajet de L3.
DND lombosacrées.
Douleurs irradiantes vers les hanches et en oblique extéro-interne dans l'aine.
Douleurs sur la face antérieure de la cuisse, le genou. Trajectoire oblique extéro-interne de la jambe.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Scanner si on suspecte une hernie discale.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L2–L3, sur le 1er trou sacré, et IED ou nappage IDS sur tout le rachis lombaire et le trajet de L3.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien L2–L3.
Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de L3 : lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

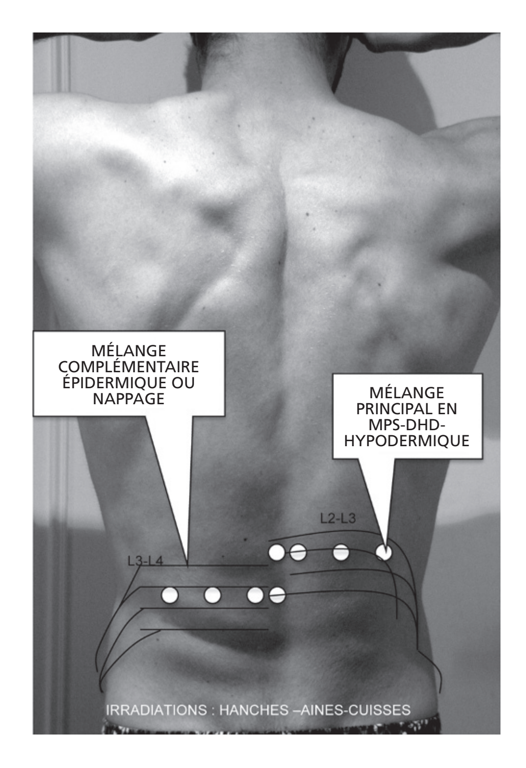
Mélange principal en regard des segments rachidiens L2–L3 et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de L3.

### Rythme

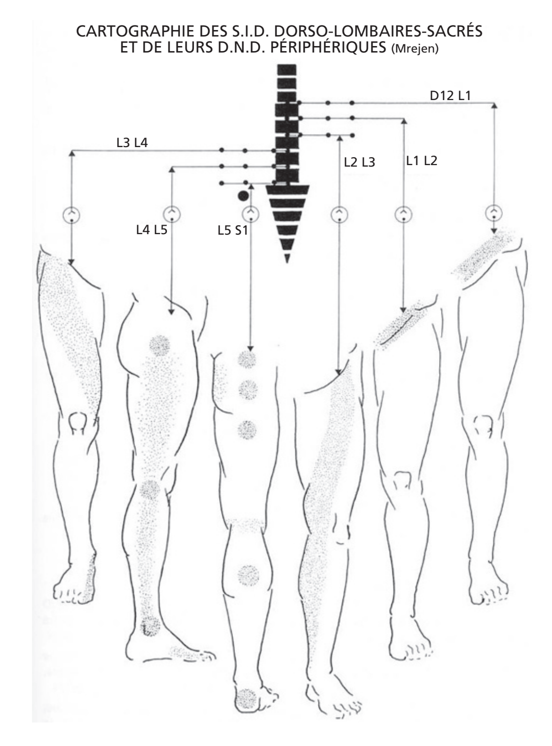
J1, J5, J10 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans mélange principal, transférer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cruralgie L2–L3 et L3–L4**




**Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen)**

# Cruralgie commune L3–L4

## MOTS CLÉS

CRURALGIE – LOMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – SCIATIQUE

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine L4 du rachis lombaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine L4 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.
Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : inter-épineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L3–L4.
Douleur à la pression digitale sur le trajet de L4.
DND lombosacrées.
Douleurs irradiantes vers les hanches et en oblique extéro-interne dans l'aine.
Douleurs sur la face antérieure de la cuisse, le genou. Trajectoire oblique extéro-interne de la cuisse et bord interne du pied.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Scanner, si on suspecte une hernie discale.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L3–L4, et IED ou nappage IDS sur tout le rachis lombaire et le trajet de L4.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien L3–L4.
Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de L4 : lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

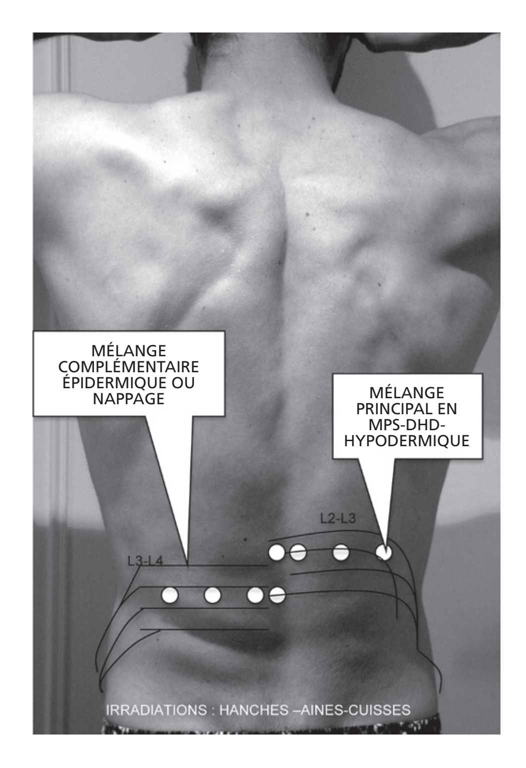
Mélange principal en regard des segments rachidiens L3–L4, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de L4.

### Rythme

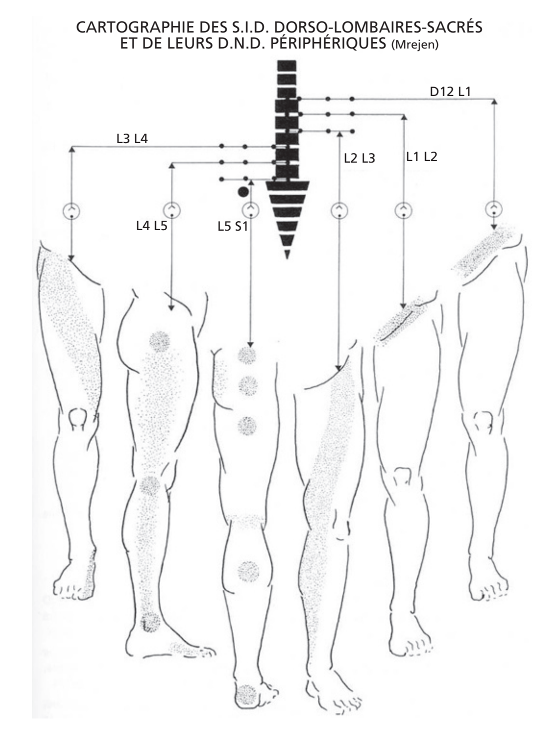
J1, J5, J10 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cruralgie L2–L3 et L3–L4**




**Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen)**

# Cystalgie à urine claire

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION CYSTIQUE – MÉSOSTRESS – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – CYSTALGIE À URINE CLAIRE

## DÉFINITION

Dysfonctions cystiques. Troubles spasmodiques dysuriques sans cause organique ou infectieuse.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Irritation vésicale.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux vésicaux.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,2 cc.

### Mélanges complémentaires

Systématiquement :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

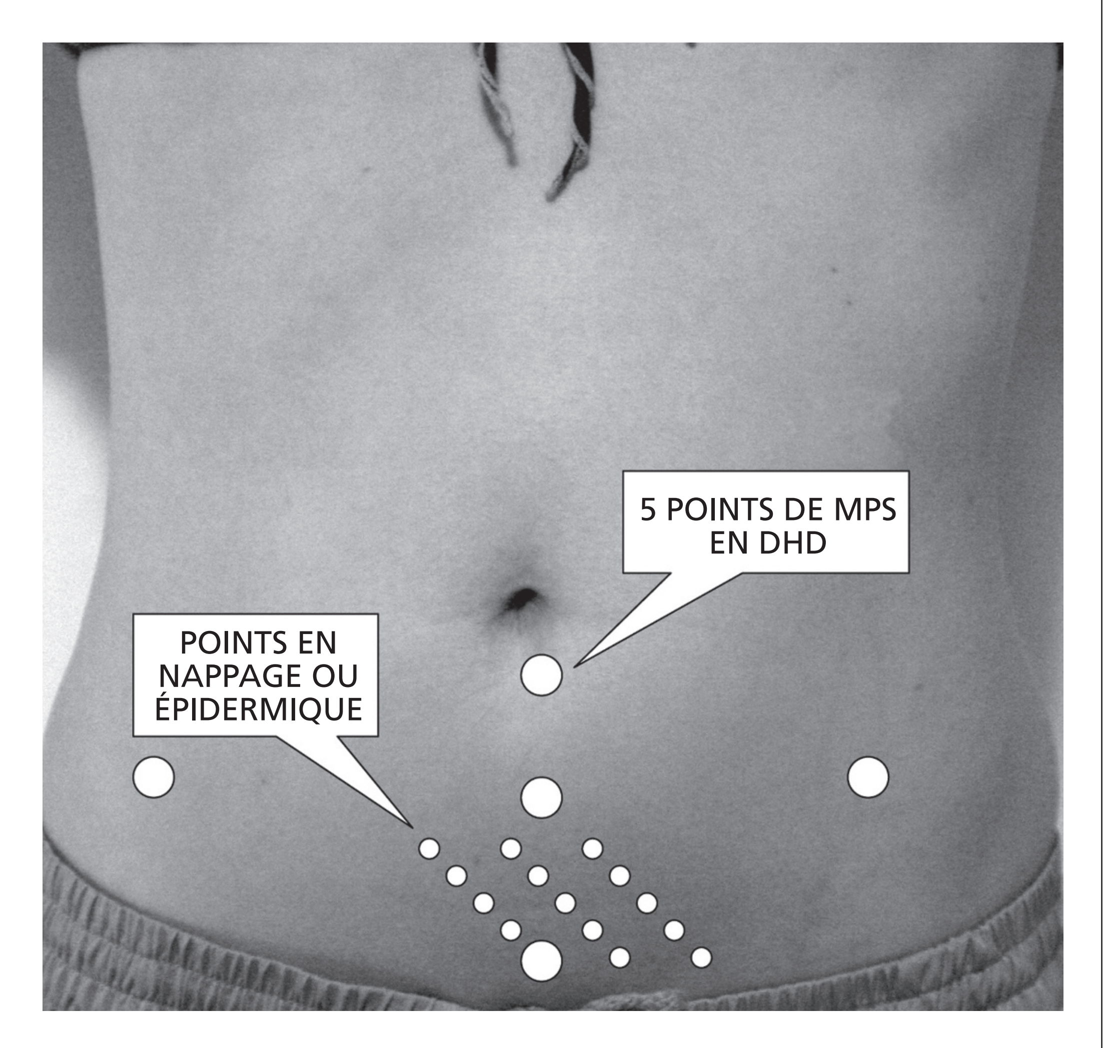
Sur terrain stressé :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Point par point DHD : zones de projection vésicale (point sus-pubien).
Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire vésicale).
Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

### Rythme

J1, J14, J30 et rappel à 1 an.




**Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite**

Le traitement est remarquablement efficace sur les troubles cystalgiques, aigus ou chroniques.
Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

# Cystite chronique

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION CYSTIQUE – MÉSOSTRESS – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – CYSTITE CHRONIQUE

## DÉFINITION

Dysfonctions cystiques chroniques. Troubles spasmodiques dysuriques rebelles et récidivants sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation vésicale chronique.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur points douloureux vésicaux.

### Mélange principal

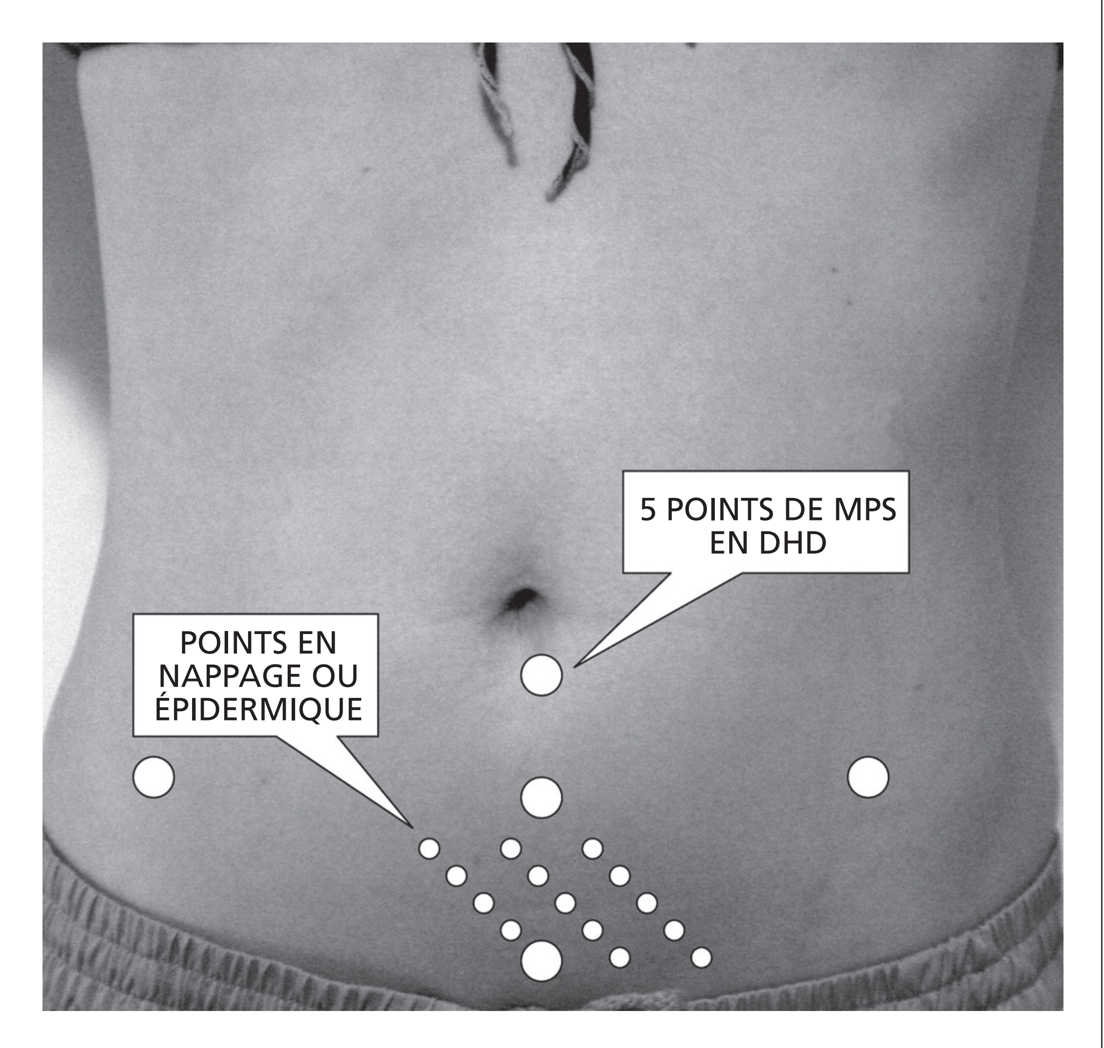
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,2 cc.

### Zones d'application

Point par point IDP : zones de projection vésicale (3 à 4 points sus-pubiens), point splénique, point hépatique.
Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire vésicale), aire inguinale, cadre colique.
Points MPS cartographie du plexus hypogastrique (*cf* p. 97).

### Rythme

J1, J14, J30, rappel tous les ans en prévention.




**Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite**

Le traitement est remarquablement efficace sur les troubles cystalgiques chroniques.

# Déchirure musculaire : phase inflammatoire J1 à J10

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN – TRAUMATISME

## DÉFINITION

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atteinte irréversible de fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématome.

## EXAMEN CLINIQUE

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.
Douleur exquise à la palpation.
Étirement passif impossible.
Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échographie.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica (1à 3 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED ou IDS.

### Zones d'application

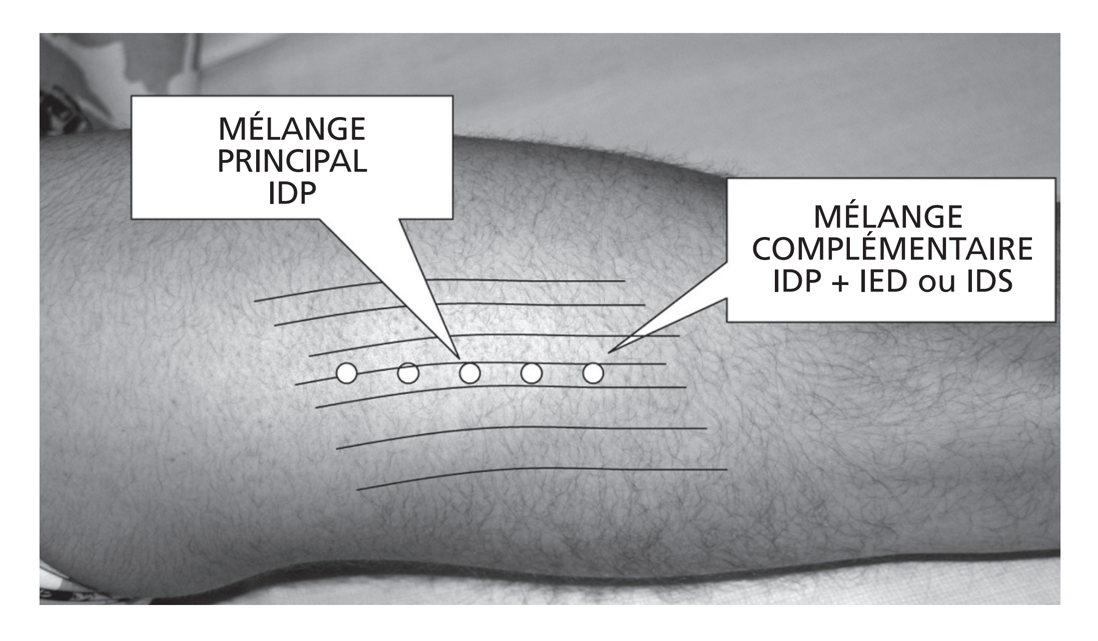
Mélange principal en regard de la zone de déchirure et mélange complémentaire autour.

### Rythme

J1, J8.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Repos, cryothérapie, contention, muscle en course interne, ponction de l'hématome.




**Déchirure musculaire : phase inflammatoire J1 à J10**

# Déchirure musculaire : phase de cicatrisation J10 à J21

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atteinte irréversible de fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématome.

## EXAMEN CLINIQUE

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.
Douleur exquise à la palpation.
Étirement passif impossible.
Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (2 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED ou IDS.

### Zones d'application

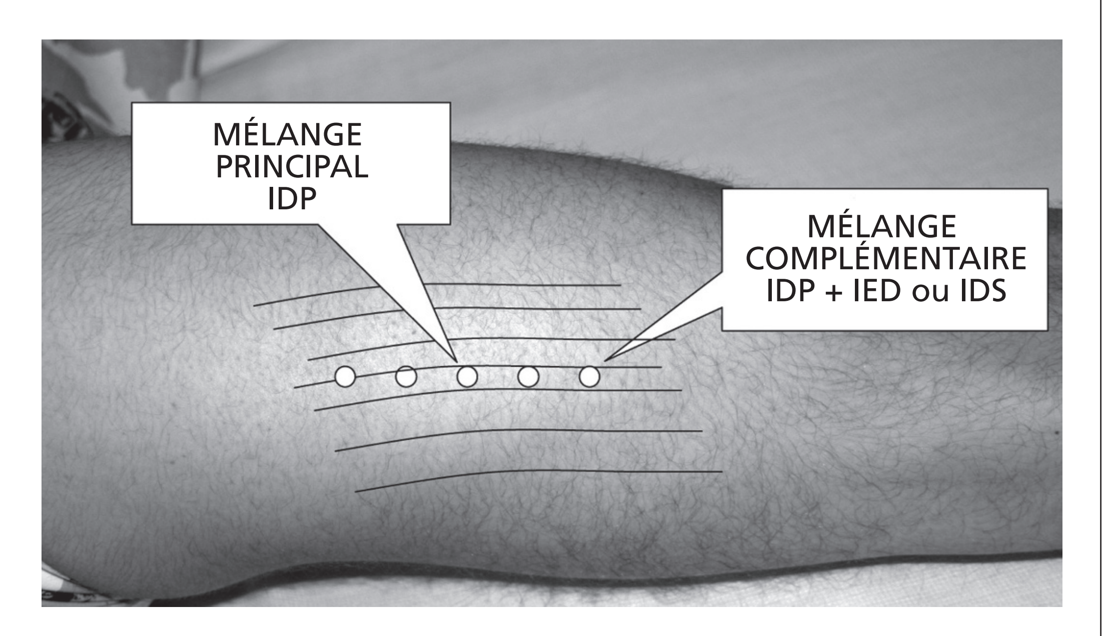
Mélange principal en regard de la zone de déchirure et mélange complémentaire autour.

### Rythme

J15.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Reprise de l'appui progressive, chaleur, massages, musculation statique.




**Déchirure musculaire : phase de cicatrisation J10 à J21**

# Déchirure musculaire : phase de récupération J21 à J45

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atteinte irréversible de fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématome.

## EXAMEN CLINIQUE

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.
Douleur exquise à la palpation.
Étirement passif impossible.
Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Procaïne 2 % (1 cc) + pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) en IDP + IED.

### Zones d'application

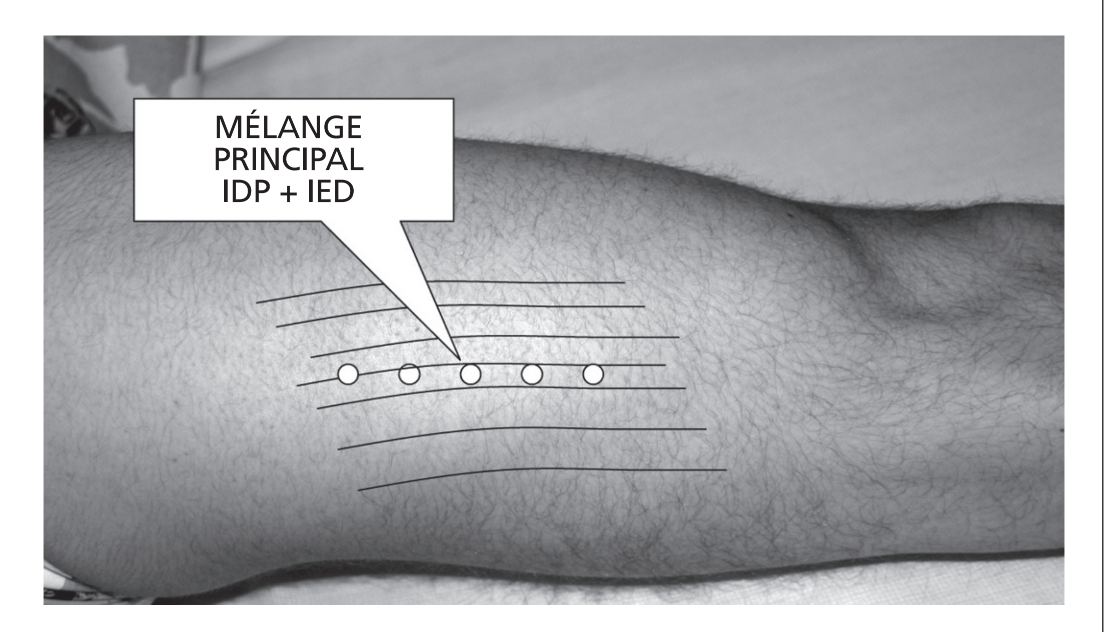
Mélange principal en regard de la zone cicatricielle.

### Rythme

J30.

## TRAITEMENT(S) COMPLÉMENTAIRE(S)

Étirements, massages transverses profonds de la cicatrice, musculation dynamique.




**Déchirure musculaire : phase de récupération J21 à J45**

# Dépression – mésostress

## MOTS CLÉS

INSOMNIE – ANXIÉTÉ – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

Trouble dépressif d'origine fonctionnelle primitive (à l'exclusion de toute pathologie organique).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Complexe et multifactorielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des points de tension.
Recherche de cause psychiatrique grave (psychose maniacodépressive, psychoses).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultation spécialisée psychiatrique ou neurologique si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
Nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur point douloureux.

### Mélange principal

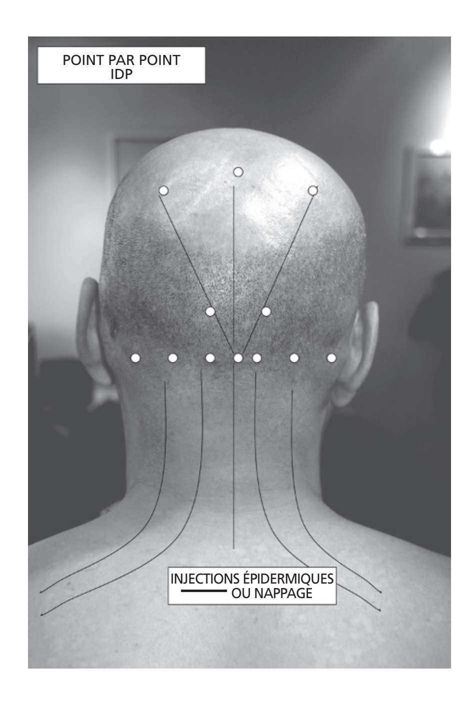
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 2 cc.

### Zones d'application

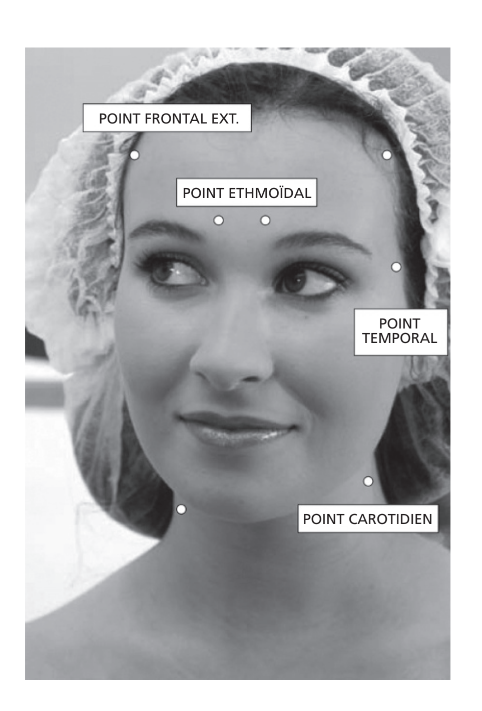
Point par point IDP : plexus solaire, 4$^{e}$ espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médiocrânien.
Épidermique IED ou nappage IDS : zone abdominale, ceinture scapulaire, axe vertébral.

### Rythme

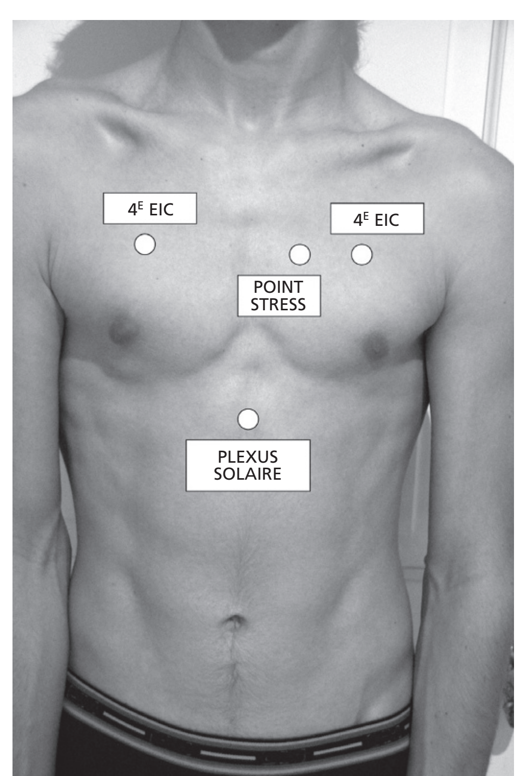
J1, J7, J14, J28 puis tous les mois et à la demande en fonction de l'évolution.




**Cartographie du mésostress face postérieure**




**Cartographie du mésostress face antérieure**




**Cartographie du mésostress face thoracique**

Le traitement mésothérapique est souvent complémentaire au traitement prescrit par le thérapeute (allopathie, psychothérapie, etc.) et améliore rapidement le bien-être du patient.

# Doigt à ressaut (ressort)

## MOTS CLÉS

TÉNOSYNOVITE – ARTHROSE – DOIGT RESSAUT

## DÉFINITION

Ténosynovite nodulaire des fléchisseurs des doigts à travers les poulies ostéofibreuses des doigts.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif entraînant un nodule fibreux dans les gaines des tendons fléchisseurs lors de leurs passages étroits dans les poulies ostéofibreuses de la face ventrale des métacarpes et des phalanges.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleurs spontanées à la face ventrale des doigts et de la main.
Douleur à la pression digitale des nodules tuméfiés à la face ventrale des doigts à la jonction métacarpophalangienne et interphalangienne.
Test isométrique : douleur exagérée par la flexion résistée du doigt concerné.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

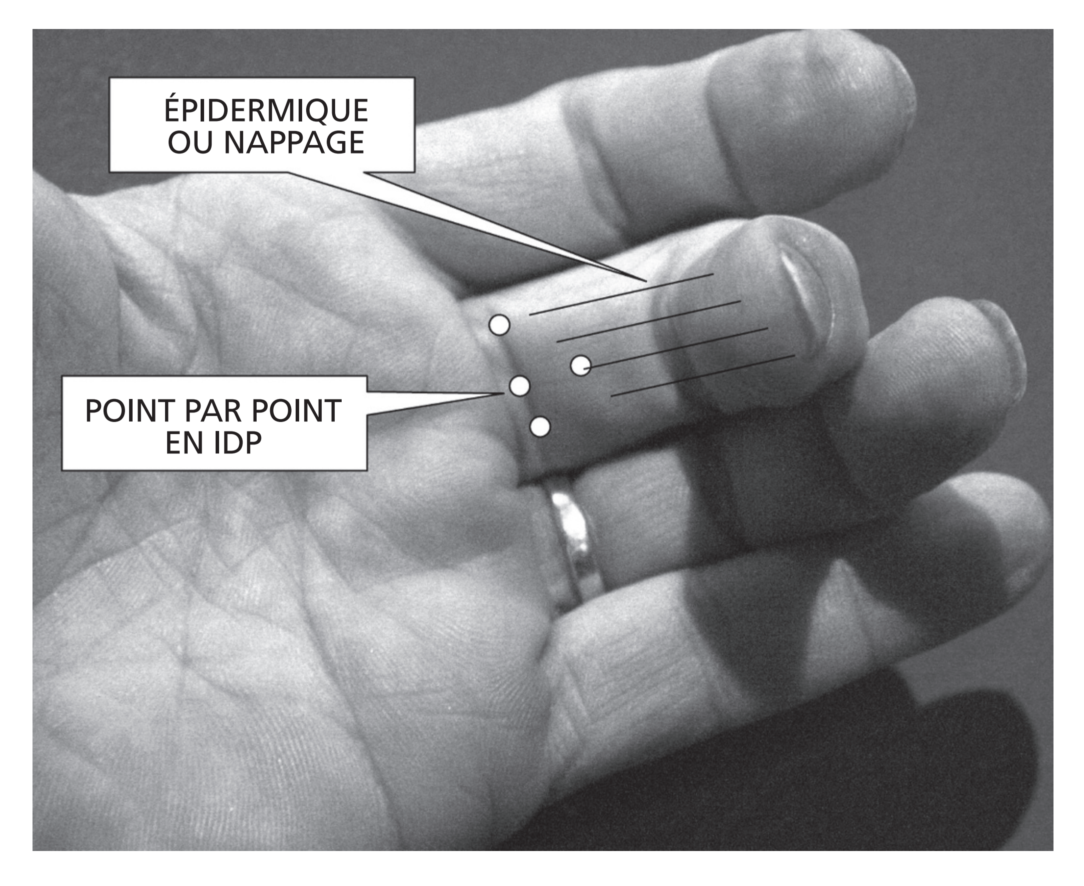
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

Mélange principal en regard du ou des nodules existants et mélange complémentaire en regard de la face antérieure des doigts et de la main.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.




**Doigt à ressaut**

# Dorsalgie commune abarticulaire

## MOTS CLÉS

DORSALGIE – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – LOMBAGO – ARTHROSE– LUMBAGO

## DÉFINITION

Inflammation des structures abarticulaires du rachis dorsal.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire mécanique ou dégénératif portant sur les tendons, les muscles et les ligaments du rachis dorsal.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis dorsal.
Douleur à la pression digitale des segments du rachis dorsal sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
DND dorsales.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur tout le rachis dorsal.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien.
Si nausées ou flush, mettre calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou en IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorsal.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

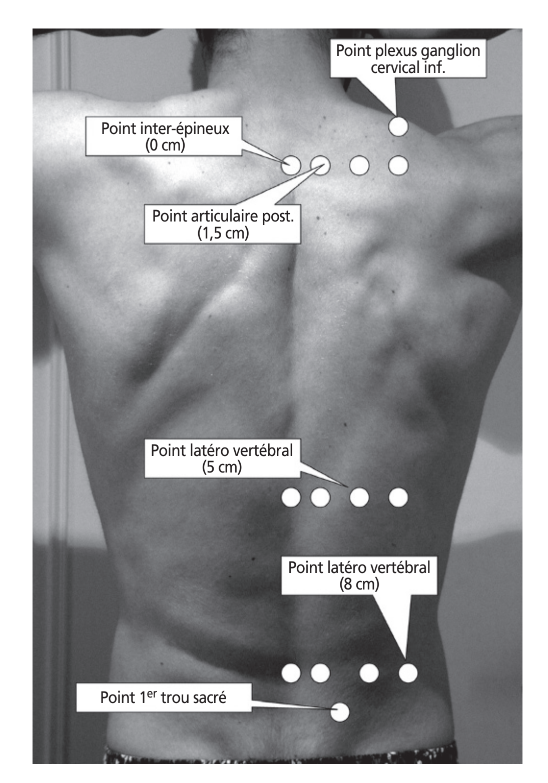
Mélange principal en regard du segment rachidien et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorsal.

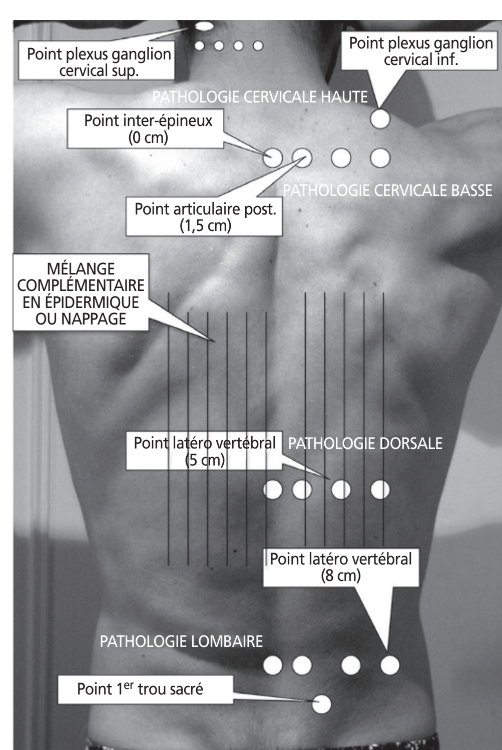
### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si on utilise kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cartographie MPS rachis**

# Dorsalgie commune arthrosique

## MOTS CLÉS

DORSALGIE – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – LOMBAGO – ARTHROSE – LUMBAGO

## DÉFINITION

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis dorsal.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussées aiguës inflammatoires portant sur une arthrose dorsale.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis dorsal.
Douleur à la pression digitale des segments du rachis dorsal sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
DND dorsales.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur tout le rachis dorsal.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien.
Si flush ou nausées, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorsal.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

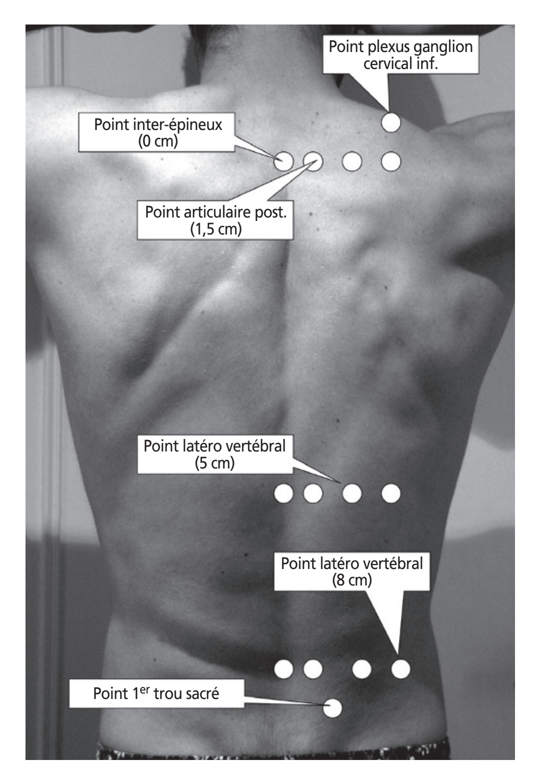
Mélange principal en regard du segment rachidien en souffrance et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorsal.

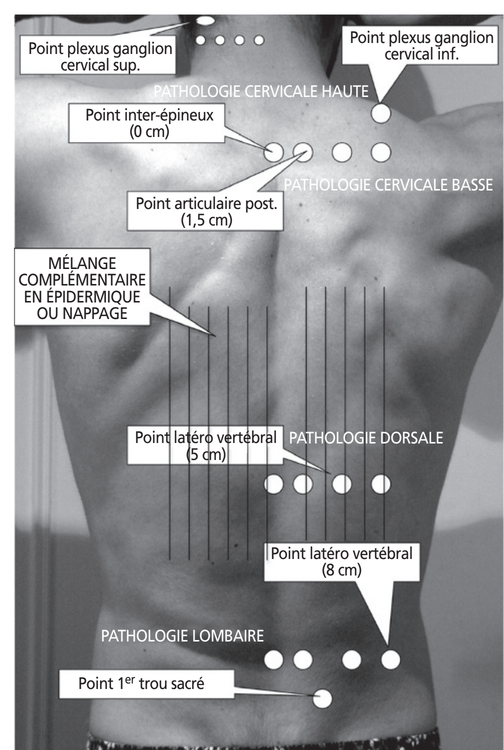
### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT(S) COMPLÉMENTAIRE(S) OU ALTERNATIF(S)

Si anti-inflammatoire, déplacer la calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cartographie MPS rachis**

# Douleur pariéto-thoracique commune – syndrome de Tietze

## MOTS CLÉS

TIETZE – DOULEUR PARIÉTALE – NÉVRALGIE – DORSALGIE – NÉVRALGIE INTERCOSTALE

## DÉFINITION

Douleurs thoraciques communes ou post-traumatiques allant du rachis au sternum.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Douleurs en rapport surtout avec des ligamentites ou entorses bénignes, élongations musculaires, et/ou névralgies communes intercostales.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleurs aiguës thoraciques antéro-laterales et/ou postérieures ressenties par le patient, exagérées par l'inspiration, réduites lors de l'expiration.
Douleur à la pression digitale des interlignes articulaires, des zones parasternales antérieures (jonction chondrosternale) et des zones paravertébrales postérieures.
DND thoraciques.
Syndrome de Tietze : périarthrite sternocostale avec noyau douloureux, du 3$^{e}$ arc costal.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur les interlignes en souffrance, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur la zone thoracique.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (3 cc) + piroxicam (0,5 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points des interlignes douloureux à la pression digitale.
Si flush ou nausées, transférer la calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur toute la zone thoracique en souffrance : lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

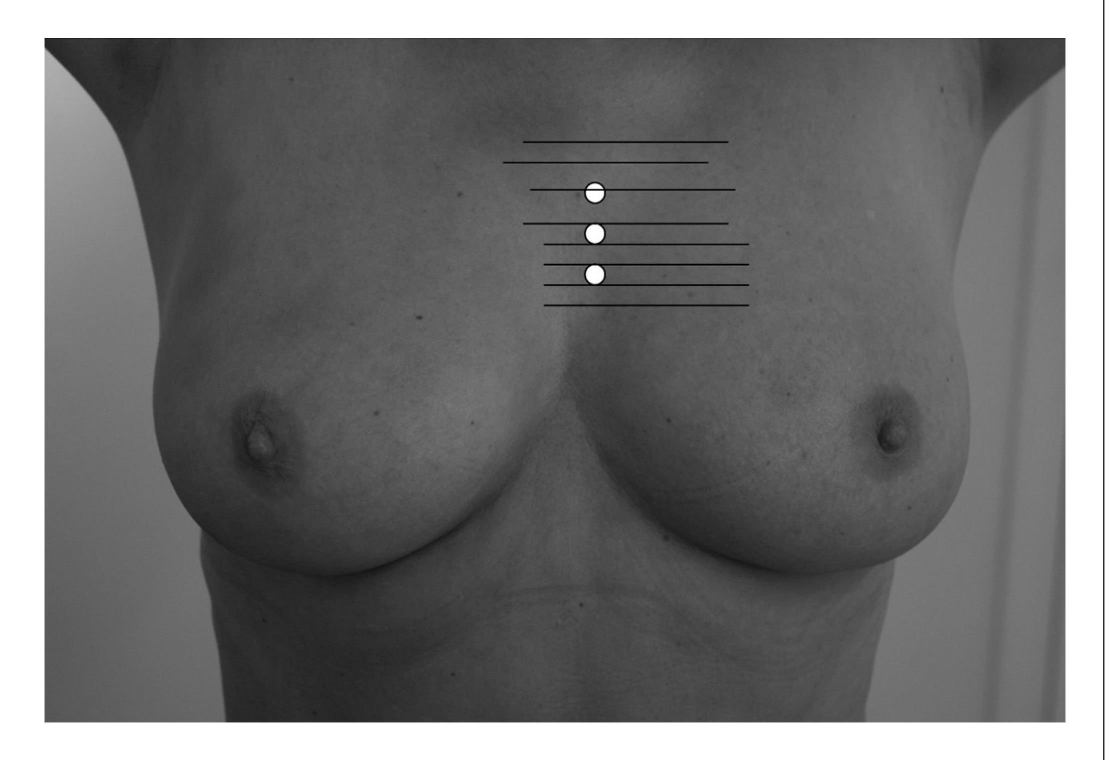
Mélange principal en regard des interlignes artriculaires douloureux à la pression digitale et mélange complémentaire en regard de toute la zone thoracique en souffrance.

### Rythme

J1, J5, J10, pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation fonctionnelle ± manipulation si dysfontion mécanique associée.



**Douleurs pariétothoraciques communes – syndrome Tietze**

# Douleur temporomaxillaire

## MOTS CLÉS

INFLAMMATION – INFECTION DENTAIRE – PYORRHÉE – GENGIVITE – CERVICARTHROSE – CERVICALGIE – NÉVRALGIE TRIJUMEAU – DOULEUR TEMPOROMAXILLAIRE

## DÉFINITION

Douleurs de l'articulation temporomaxillaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

L'articulation temporomaxillaire est une articulation très mobile pendant l'ouverture et la fermeture de la bouche. Elle est mobilisée par les puissants muscles masseters et ptérygoïdiens internes et externes et temporaux.
Les tensions rachidiennes et les troubles de la statique et de la dynamique vertébrales perturbent son fonctionnement.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de cellulopathies locales ou locorégionales (*cf.* figure ci-contre).
Recherche de points douloureux musculaires ou articulaires.
Examen complet du rachis à la recherche de troubles fonctionnels statiques ou dynamiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Scanner de l'articulation temporomaxillaire (TPM).
Radiographies du rachis.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

### Mélange complémentaire

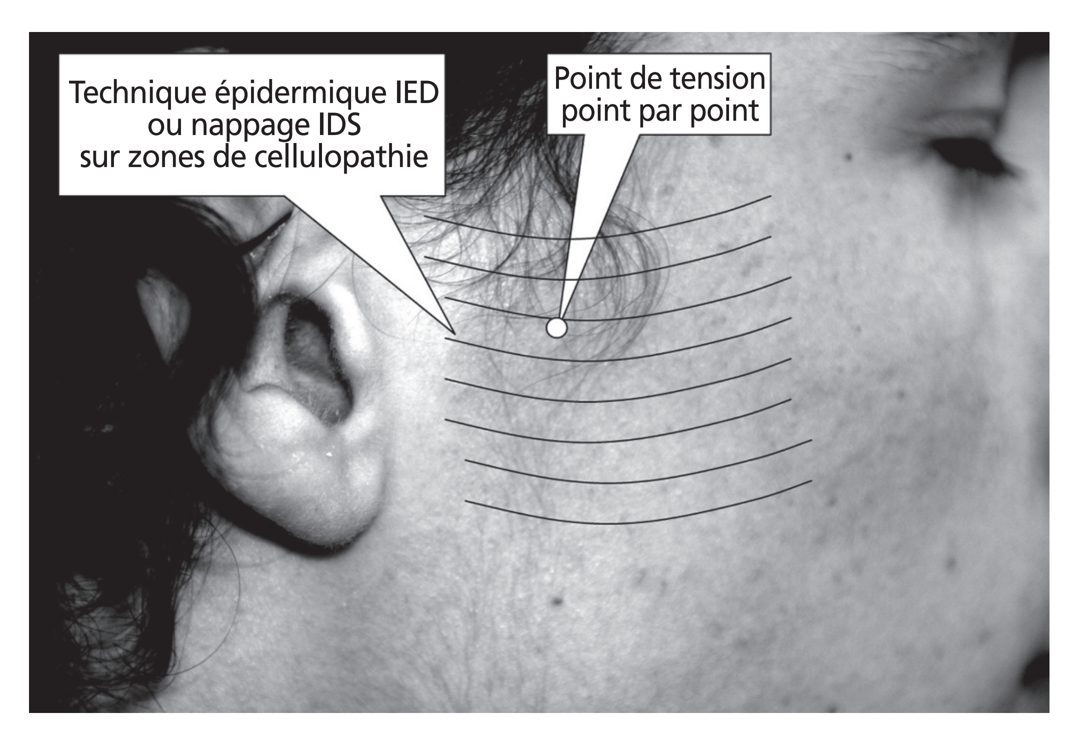
Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Région temporale, mandibulaire.
Rachis si perturbations cliniques.

### Rythme

J1, J7, J14 renouvelable si besoin.




**Articulation temporomaxillaire**

Les troubles douloureux de l'ATM sont fréquemment liés à des perturbations rachidiennes qu'il faut systématiquement rechercher et traiter.
Un traitement complémentaire orthodontiste peut être proposé.

# Dysménorrhée

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION PELVIENNE – DYSMÉNORRHÉE – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

Dysfonctions utérines. Troubles spasmodiques utérins aigus ou chroniques sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Spasmes du muscle utérin périodiques ou non.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux utérins.

### Mélange principal

Systématiquement :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

### Mélanges complémentaires

Si inflammation et œdème sur aire utérine et lombaires :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

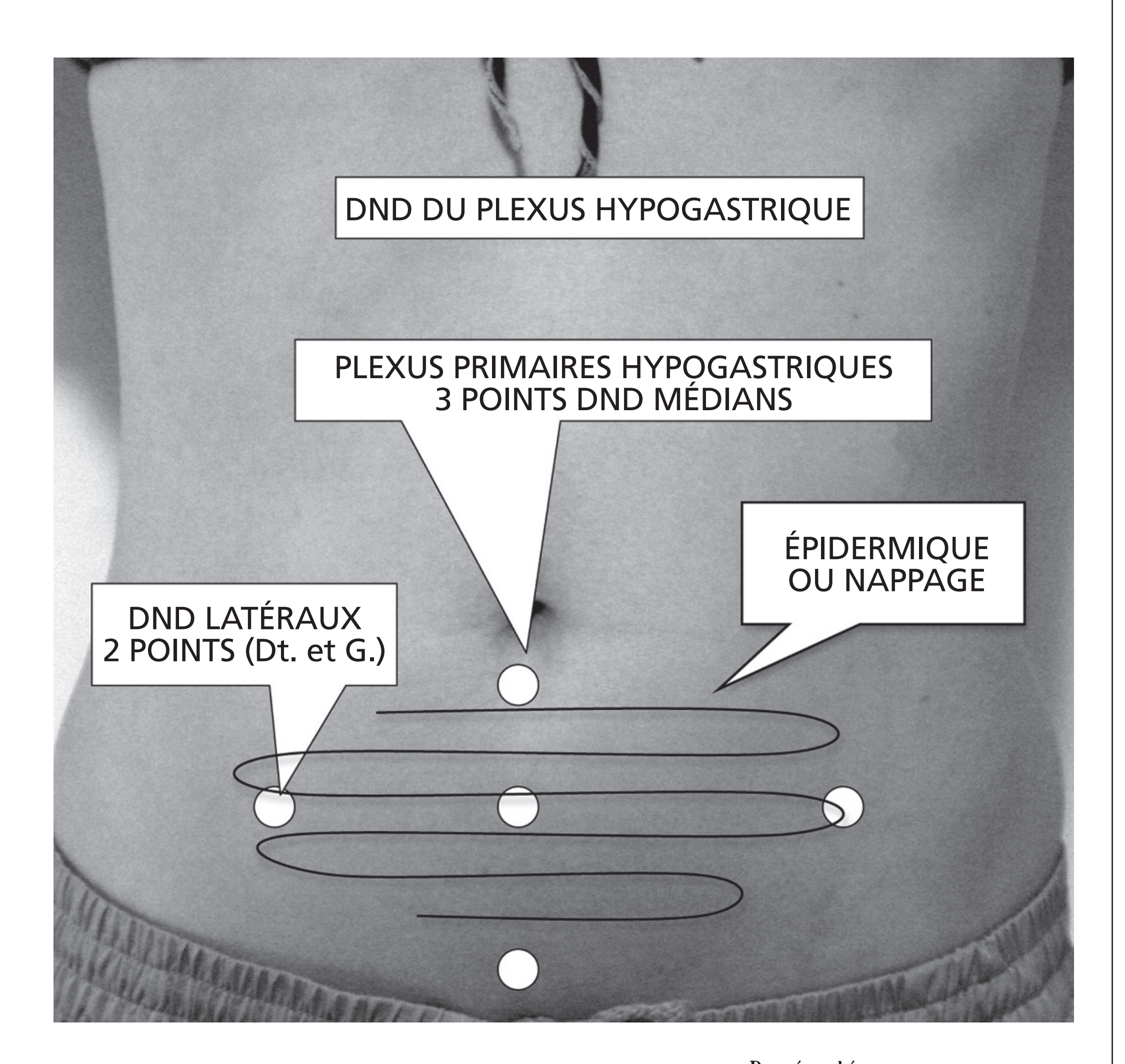
Si spasme :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

### Zones d'application

Point par point IDP : zones de projection utérine (3 à 4 points sus-pubiens), points iliolombaires si souffrance vertébrale associée.
Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire utérine), sacrum.
Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

### Rythme

Au moment des douleurs.
1 à 2 séances.




**Dysménorrhées**

Le traitement est remarquablement efficace sur les dysménorrhées.
Le mélange mésothérapique essaie de se calquer sur la réceptivité des thérapeutiques allopathiques. Par exemple, AINS pour certaines, antispasmodiques ou veinotoniques pour d'autres.
Il faut toujours rechercher une souffrance vertébrale lombosacrée associée.

# Eczéma

## MOTS CLÉS

ECZÉMA – MÉSOSTRESS – MÉSO-VACCINATION

## DÉFINITION

Eczéma sec ou peu suintant à l'exclusion des eczémas très suintants et très étendus.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Vésicules dans le derme profond.
Réaction inflammatoire avec activation des facteurs.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des zones atteintes.
Évaluation de la perturbation cutanée : épaississement, inflammation, surinfection.
Évaluation de l'état de tension intérieure.
Contre-indication : poussée aiguë de psoriasis inflammatoire diffus.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Souvent inutiles.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

### Mélange principal

Sur les lésions :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Mélange complémentaire

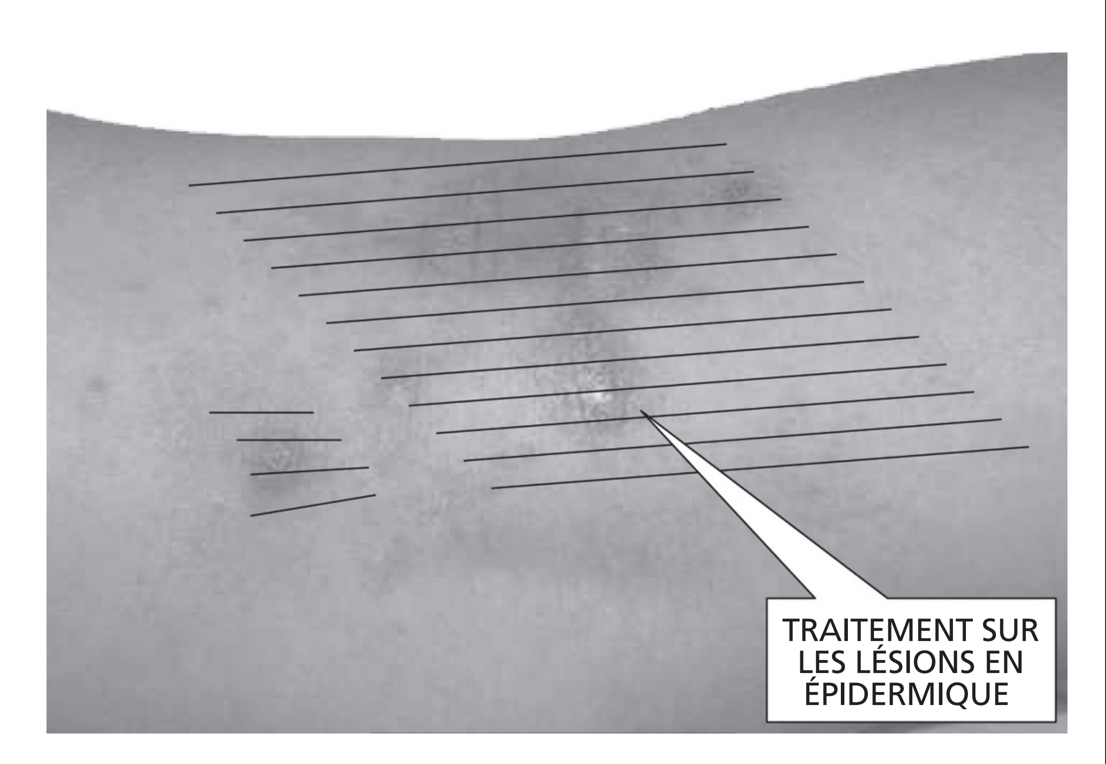
Mésotress systématique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Zones eczématisées.
Voir protocole mésovaccination (*cf* cartographie de la mésovaccination p. 137).
Voir protocole mésostress (*cf* fiche stress généralisé-mésostress p. 259).

### Rythme

J1, J7, J15 puis en cas de crise.
Protocole mésovaccination 2 fois par an.




**Traitement de l'eczéma**

L'eczéma sec ou peu suintant répond assez bien au traitement mésothérapique qui propose une atténuation des troubles cutanés et un traitement du stress de fond qui majore souvent les poussées évolutives.

# Élongation musculaire

## MOTS CLÉS

CONTUSION MUSCULAIRE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – HÉMATOME – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : microdéchirures avec effilochage de myofibrilles survenant à l'occasion d'une sollicitation excessive à la limite de l'étirement.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Atteinte irréversible des myofibrilles mais sans lésion du tissu conjonctif de soutien, absence d'hématome.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur à la palpation avec contracture associée.
Étirement passif possible mais limité.
Contraction isométrique douloureuse.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline en IDP + IED ou IDS.

### Zones d'application

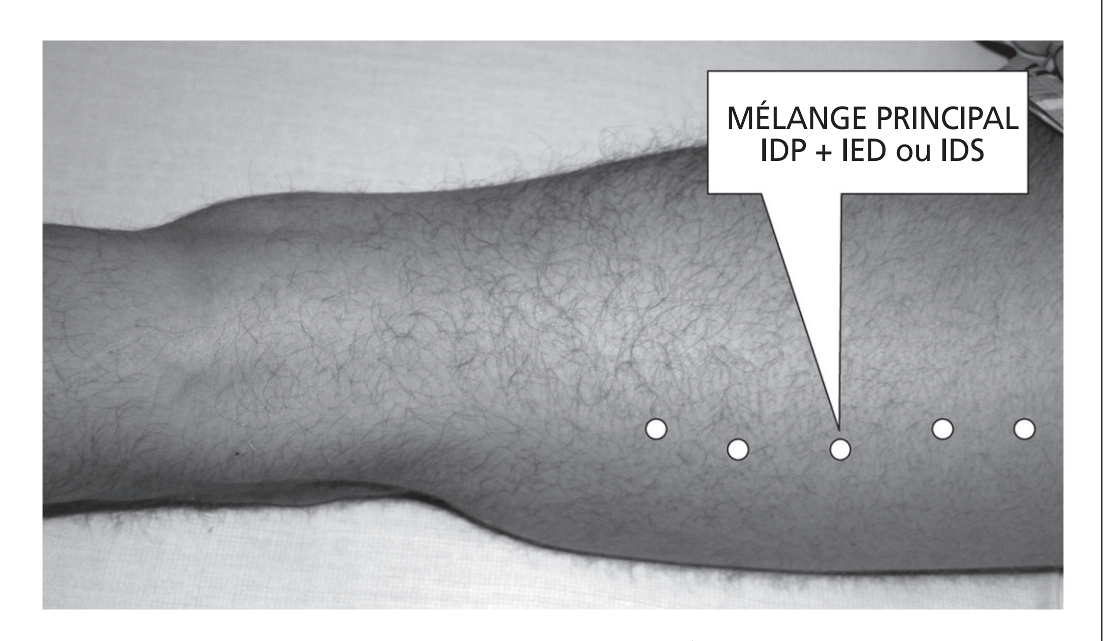
Mélange principal en regard de la zone musculaire d'élongation.

### Rythme

J1, J4, J8.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Repos, physiothérapie, rééducation.




**Élongation musculaire**

# Entorse aiguë bénigne des doigts (pouce)

## MOTS CLÉS

LIGAMENTITE – ENTORSE DOIGT

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique des ligaments latéraux des doigts.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ou plusieurs ligaments des doigts dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée en regard des interlignes des doigts.
Douleur à la pression digitale des ligaments sur les interlignes correspondants.
Test passif : douleur provoquée au bâillement forcé des interlignes articulaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

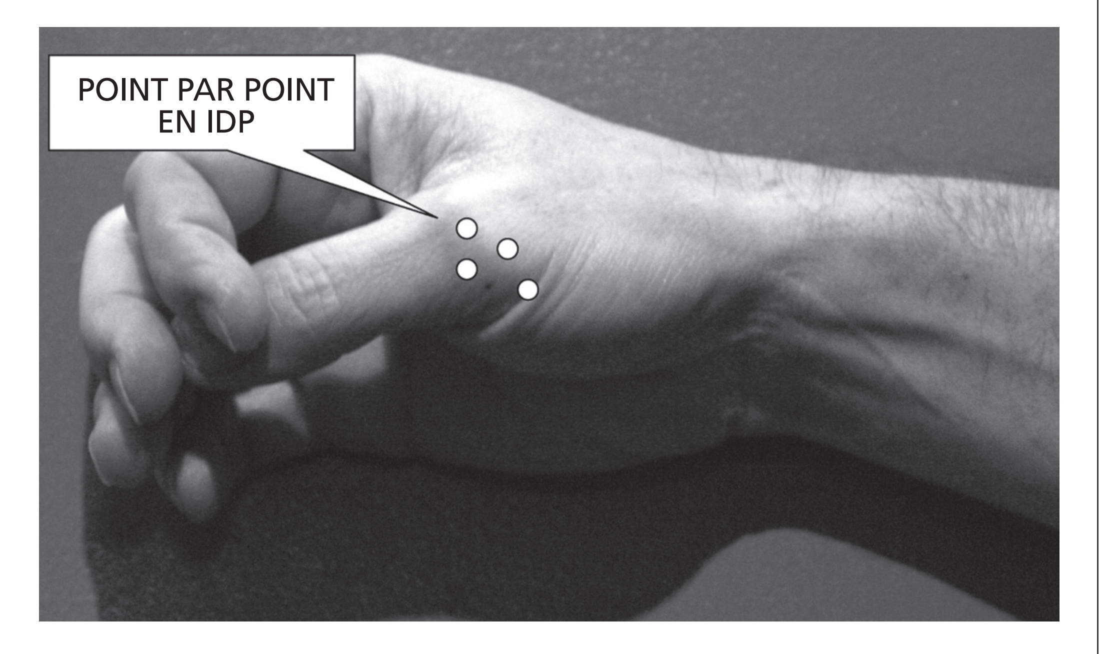
Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Strapping, rééducation.




**Entorse aiguë bénigne du pouce**

# Entorse aiguë bénigne du ligament latéral latéral du genou (LLE)

## MOTS CLÉS

ENTORSE TALO-CRURALE –
ENTORSE SOUS-TALIENNE –
ENTORSE SOUS-ASTRAGALIENNE –
ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE –
LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du genou.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face externe du genou.
Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLE.
Douleur lors de la mise en flexion varus rotation interne.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

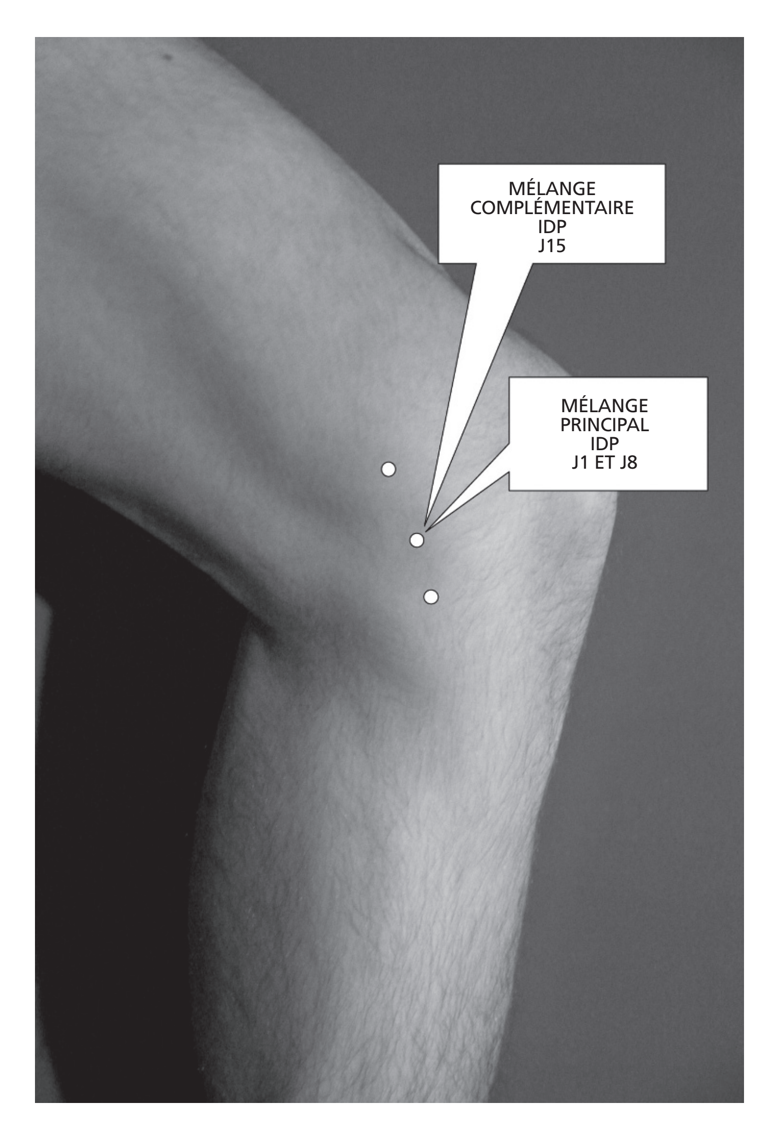
Mélange principal en regard du LLE à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




**Tendinite du genou latéral latérale**

# Entorse aiguë bénigne du ligament latéral médial du genou (LLI)

## MOTS CLÉS

ENTORSE TALO-CRURALE – ENTORSE SOUS-TALIENNE – ENTORSE SOUS-ASTRAGALIENNE – ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du genou.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face interne du genou.
Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLI.
Douleur lors de la mise en flexion valgus rotation externe.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

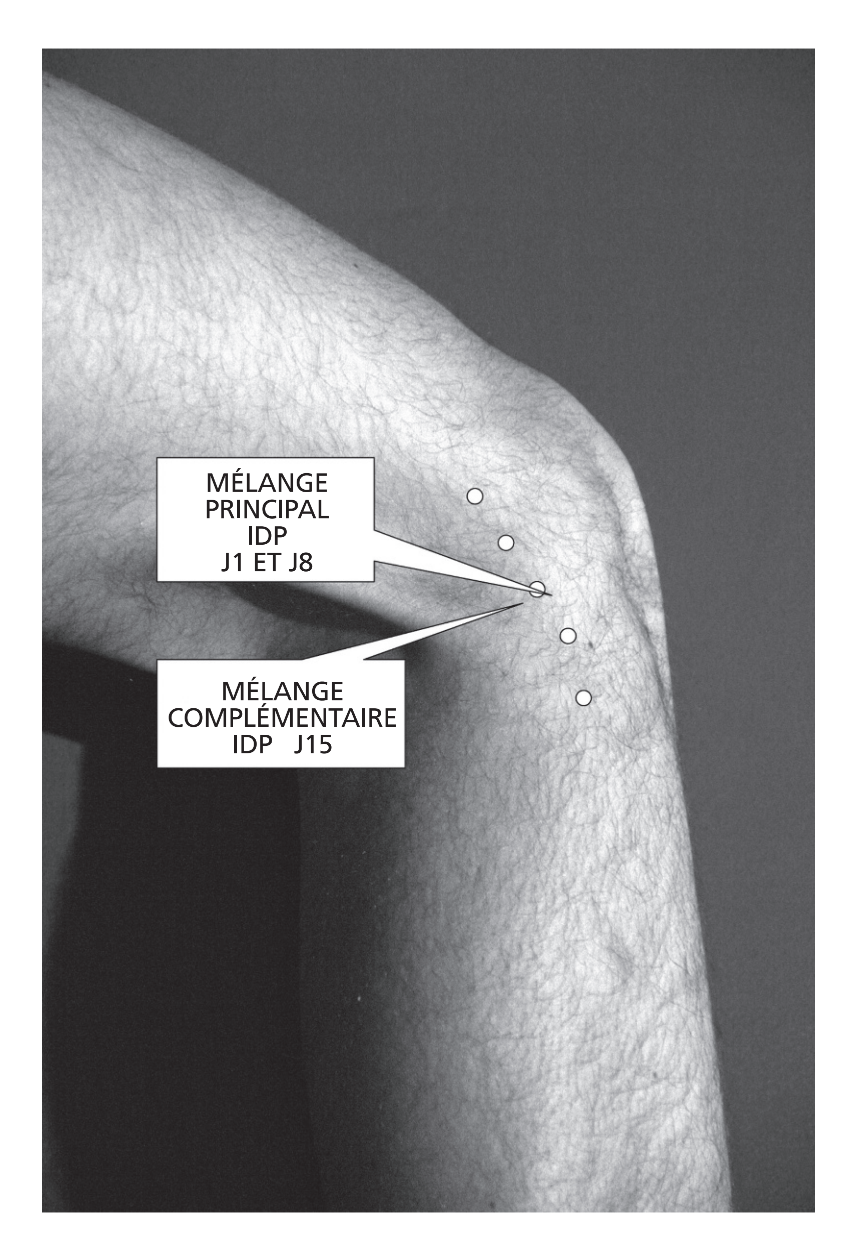
Mélange principal en regard du LLI à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




**Entorse bénigne du ligament latéral médial**

# Entorse aiguë bénigne de la sous-talienne (sous-astragalienne)

## MOTS CLÉS

ENTORSE SOUS-TALIENNE – ENTORSE SOUS-ASTRAGALIENNE – ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique des ligaments calcanéo-fibulaire (péronéo-calcannéen) et inter-osseux talo-calcannéen (ligament en haie) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique des ligaments de la sous-talienne en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face externe de la cheville.
Douleur à la pression digitale du sinus du tarse.
Œdème sous-malléolaire externe.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : mésothérapie ponctuelle systématisée (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en DHD + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en DHD + IED.

### Zones d'application

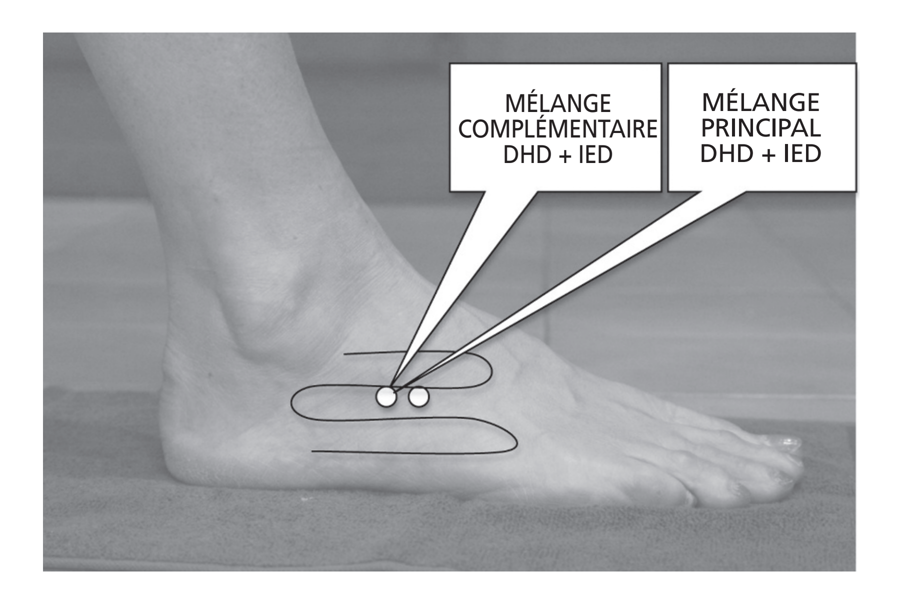
Mélange principal en regard du sinus du tarse à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

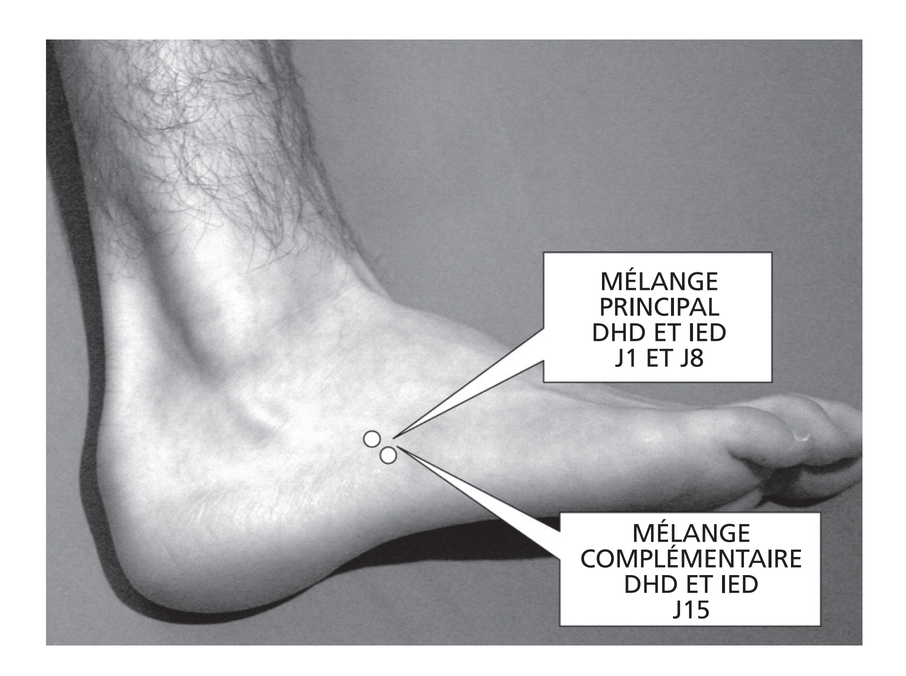
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




**Entorse sous-talienne**




**Entorse aiguë bénigne de la sous-talienne (sous-astragalienne)**

# Entorse aiguë bénigne de la transverse du tarse (médio-tarsienne)

## MOTS CLÉS

ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE – TENDINITE – TENDINOPATHIE – PÉRITENDINOPATHIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique des ligaments calcanéo-cuboïdien et calcanéo-naviculaire (ligament en Y de Chopart) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique du ligament en Y en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée sur le médio-pied avec œdème ± hématome.
Douleur à la pression digitale du ligament en Y.
Ballottement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

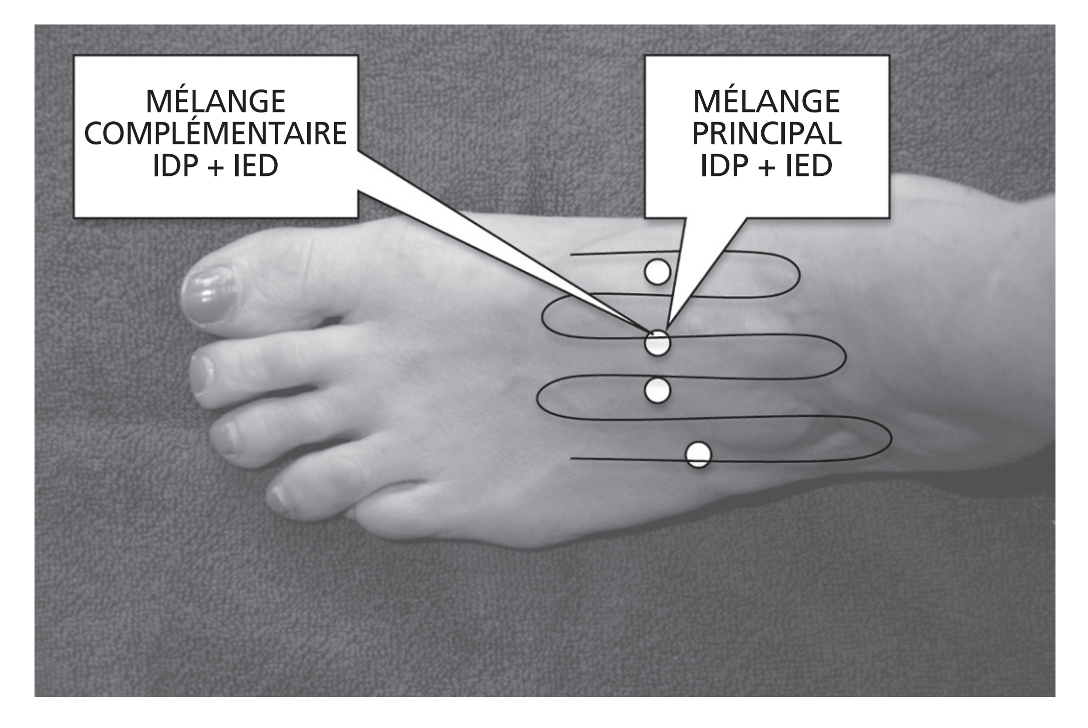
Mélange principal en regard du ligament en Y à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèse stabilisatrice ou strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




**Entorse transverse du tarse**

# Entorse aiguë de gravité moyenne talo-crurale externe (LLE)

## MOTS CLÉS

ENTORSE TALO-CRURALE –
ENTORSE SOUS-TALIENNE –
ENTORSE SOUS-ASTRAGALIENNE –
ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE –
LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral latéral (LLE) de la cheville.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique du LLE en varus et/ou inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou plusieurs faisceaux.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face externe de la cheville, œdème sous-malléolaire + hématome.
Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLE concernés.
Ballottement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

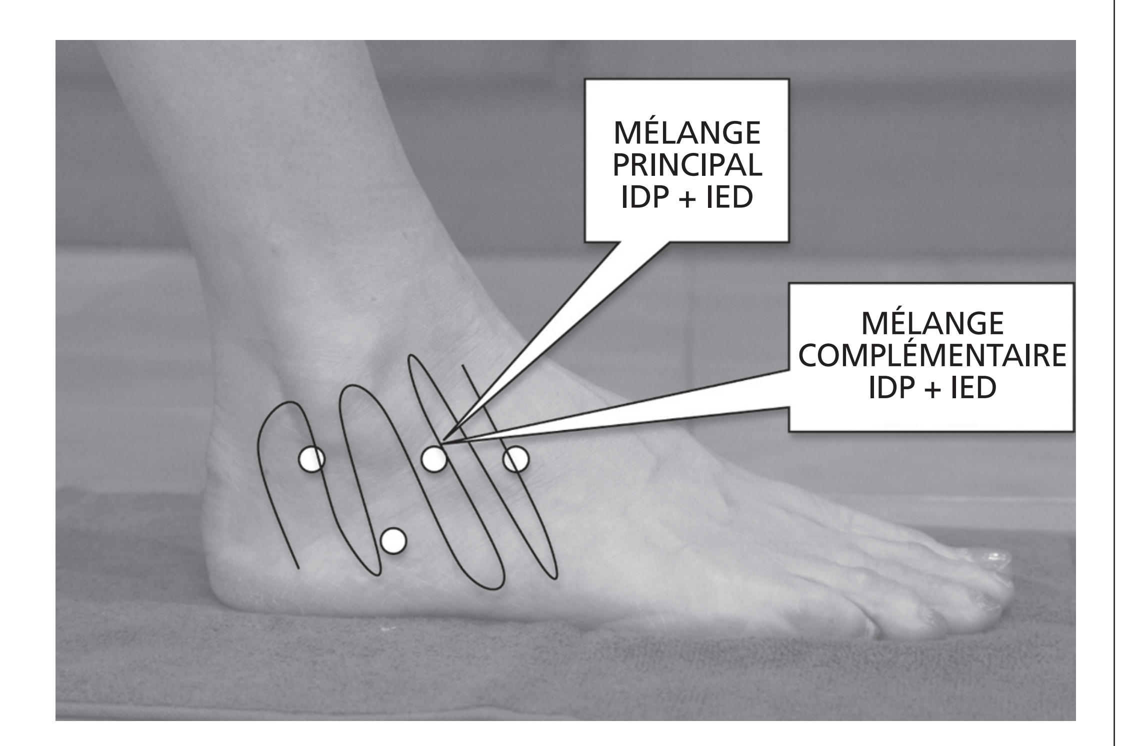
Mélange principal en regard du LLE à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




Entorse talo-crurale externe

# Entorse aiguë de gravité moyenne talo-crurale interne (LLI)

## MOTS CLÉS

ENTORSE TALO-CRURALE – ENTORSE SOUS-TALIENNE – ENTORSE SOUS-ASTRAGALIENNE – ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral médial (LLI) de la cheville.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique du LLI en valgus et/ou éversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou des deux faisceaux.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face interne de la cheville, œdème sous-malléolaire interne + hématome.
Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLI concernés.
Ballottement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

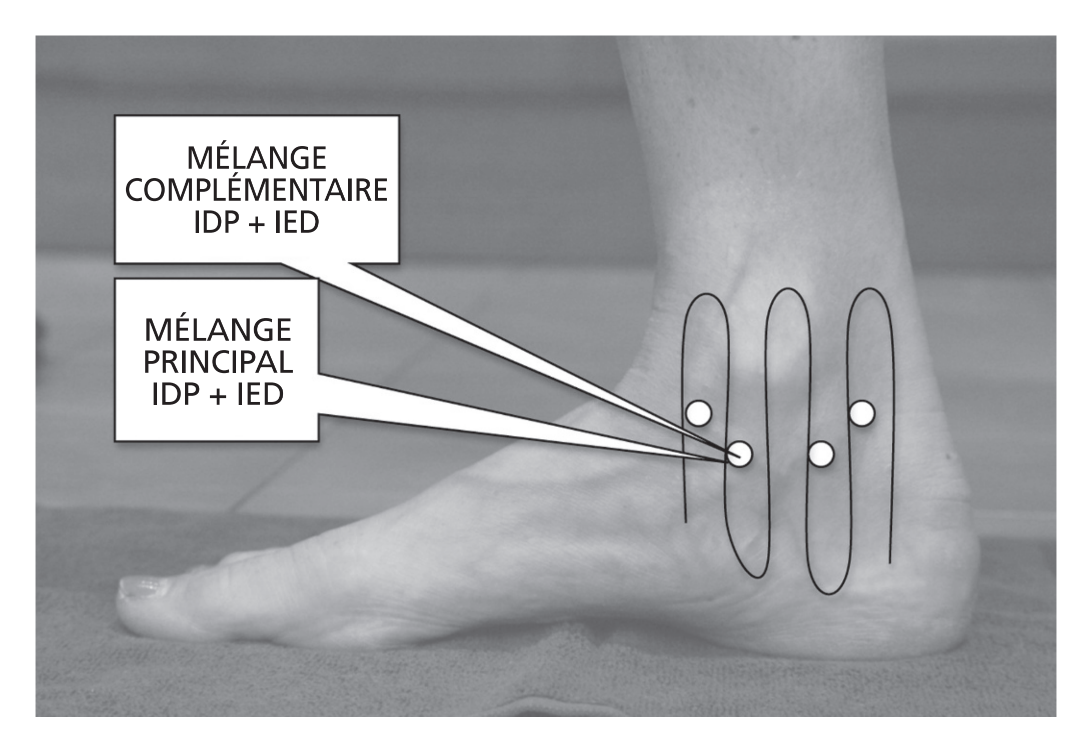
Mélange principal en regard du LLI à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.




**Entorse talo-crurale interne**

# Entorse bénigne acromio-claviculaire

## MOTS CLÉS

ENTORSE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Souffrance avec distension des ligaments acromio-claviculaires post-traumatiques.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée en regard de l'articulation acromio-claviculaire.
Douleur à la pression digitale de l'interligne acromio-claviculaire.
Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par l'inspiration forcée du patient.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

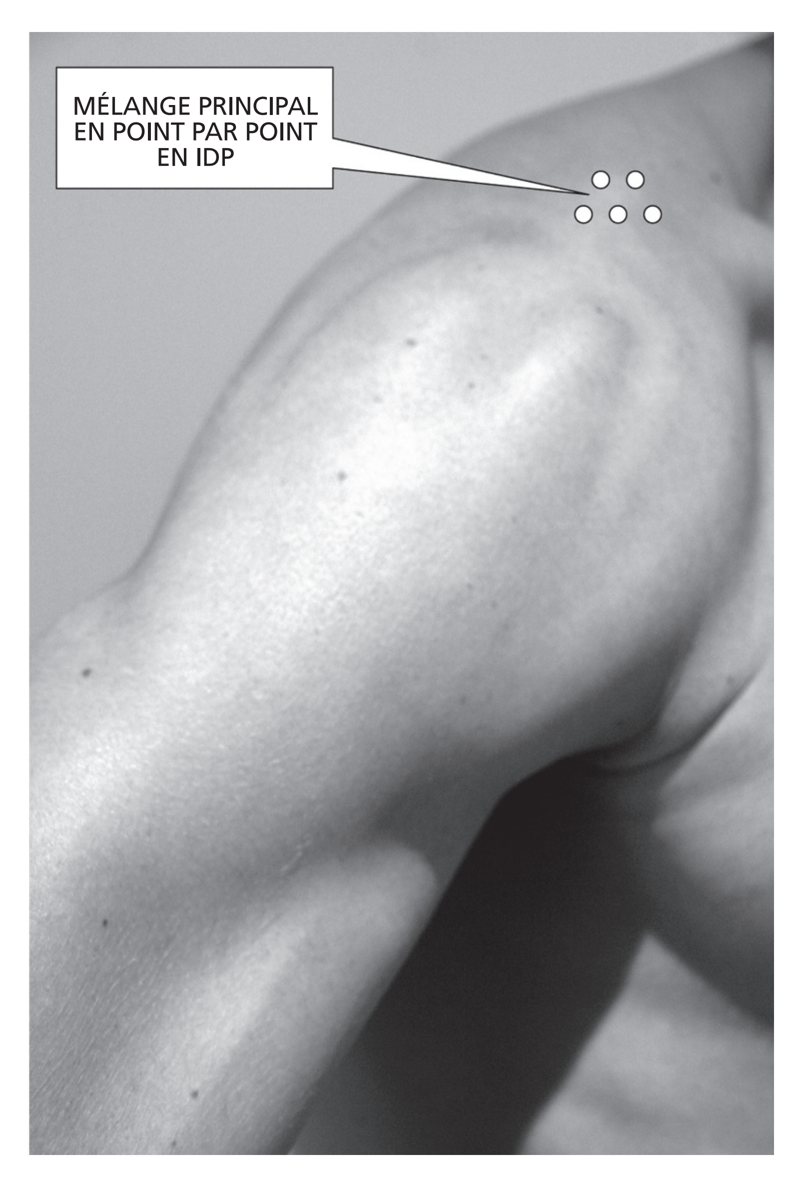
Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Strapping.




**Entorse acromio-claviculaire**

# Entorse bénigne du ligament latéral externe du coude (LLE)

## MOTS CLÉS

ENTORSE – TÉNOSYNOVITE – TENDINOPATHIE – LIGAMENTITE – ÉPITROCHLÉITE – ÉPICONDYLITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du coude.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face externe du coude.
Douleur à la pression digitale de l'interligne entre l'olécrane et l'épicondyle.
Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement externe forcé du coude avant-bras en légère flexion.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

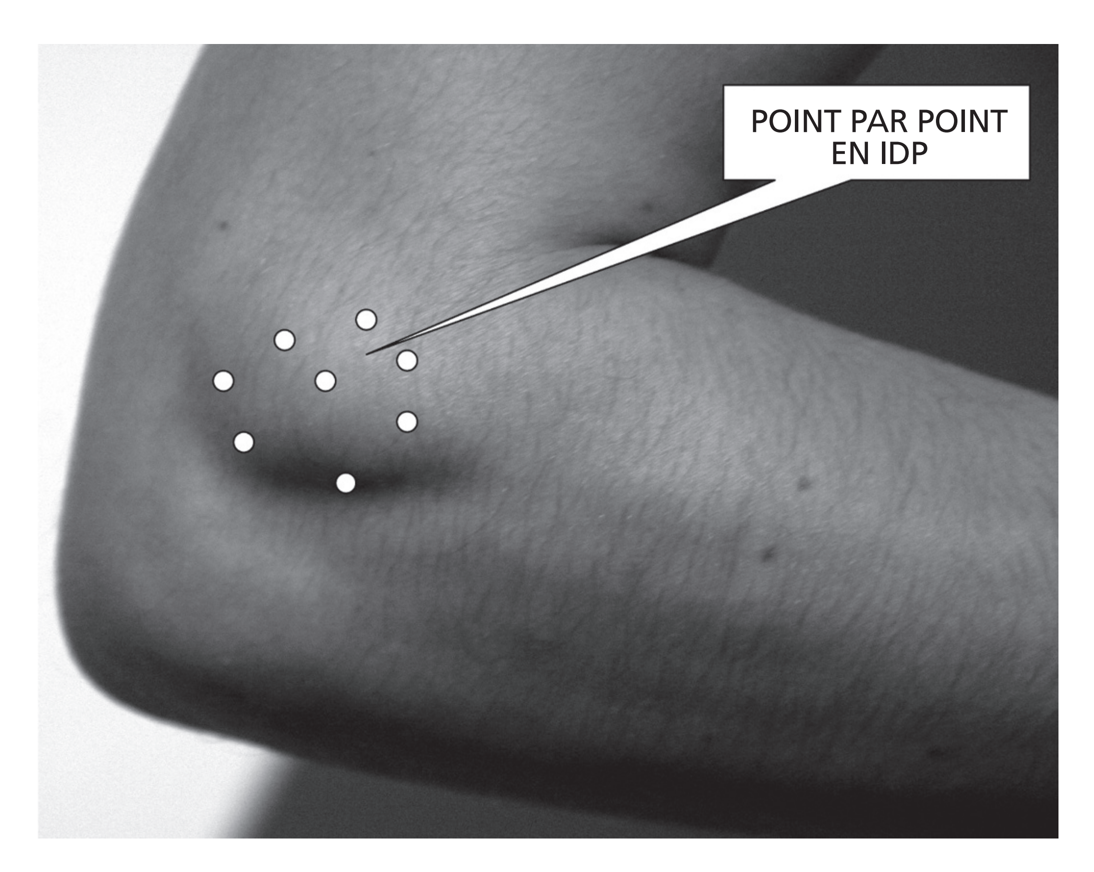
Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Strapping, manipulation, rééducation.




**Entorse LLE du coude**

# Entorse bénigne du ligament latéral médial du coude (LLI)

## MOTS CLÉS

ENTORSE – TÉNOSYNOVITE – TENDINOPATHIE – LIGAMENTITE – ÉPITROCHLÉITE – ÉPICONDYLITE

## DÉFINITION

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du coude.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face interne du coude.
Douleur à la pression digitale de l'interligne en avant et en bas de l'épitrochlée.
Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement interne forcé du coude avant-bras en légère flexion.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + étamsylate (2 cc) + arnica 4 DH (1 cc) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

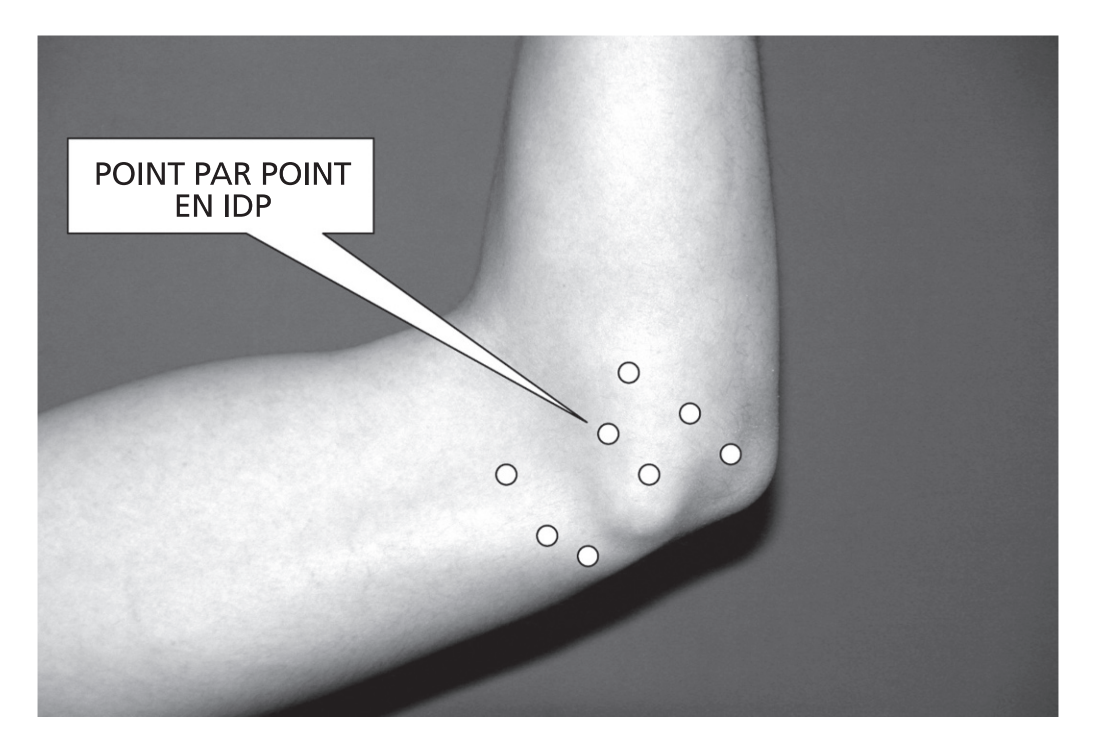
Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Strapping, manipulation, rééducation.




**Entorse LLI du coude**

# Épicondylite latérale en phase aiguë

## MOTS CLÉS

ÉPICONDYLITE – ÉPITROCHLÉITE – TENDINOPATHIE – TÉNOSYNOVITE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Inflammation des tendons épicondyliens latéraux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face externe du coude.
Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle latérale.
Test isométrique : extension résistée de la main sur l'avant-bras, puis extension contrariée des 3$^{e}$, 4$^{e}$ et 5$^{e}$ doigts, puis supination contre résistance.
Test passif assisté : douleur exagérée à la pronation forcée.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

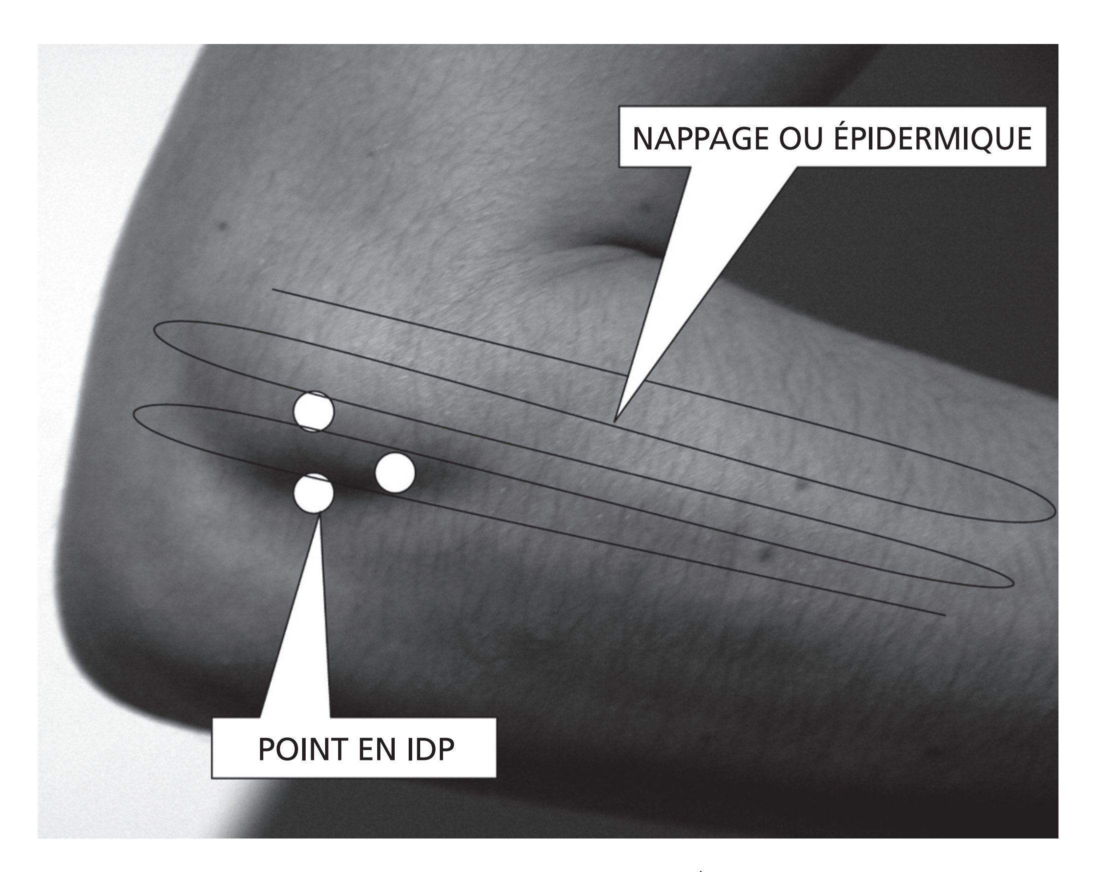
Mélange principal en regard de l'épicondyle latéral et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation ± manipulation si forme secondaire à une subluxation de la tête radiale.




**Épicondylite latérale**

# Épicondylite médiale en phase aiguë

## MOTS CLÉS

ÉPICONDYLITE – ÉPITROCHLÉITE – TENDINOPATHIE – TÉNOSYNOVITE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Inflammation des tendons épicondyliens médiaux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face interne du coude.
Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle médiale.
Test isométrique : flexion résistée de la main sur l'avant-bras, puis flexion contrariée des 3$^{e}$, 4$^{e}$ et 5$^{e}$ doigts, puis pronation contre résistance.
Test passif assisté : douleur exagérée à la supination forcée.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

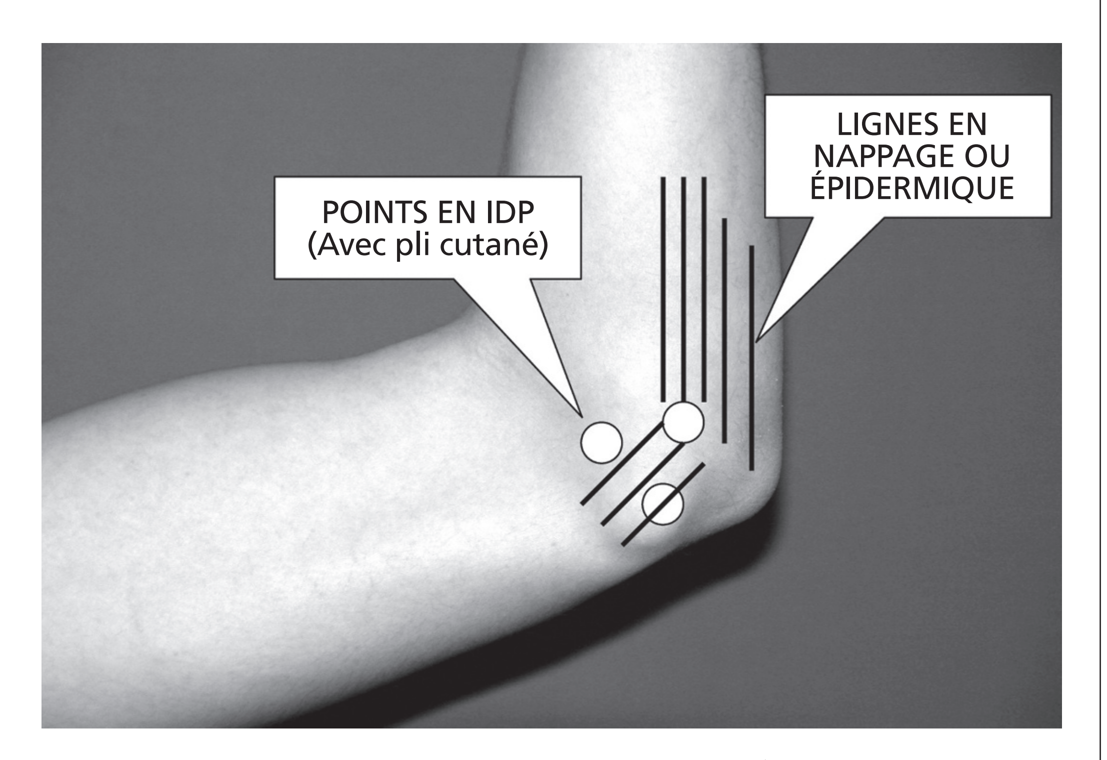
Mélange principal en regard de l'épicondyle médial et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Épitrochléite**

# Fibrose cutanée

## MOTS CLÉS

FIBROSE – CICATRICE – CHÉLOÏDE – LOMBALGIES – SÉQUELLES CHIRURGICALES

## DÉFINITION

Le traitement par mésothérapie permet une action locale sur la fibrose cicatricielle du tissu cutané, souvent post-traumatique, radiothérapie, chirurgie, plaies.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Mauvaise cicatrisation, réparation tissulaire.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage, IED épidermique, IDP.

### Indication de chaque médicament utilisé

L'indication peut être esthétique, traitement des cicatrices, chéloïdes ou rhumatologique, douleurs sequellaires des chirurgies discales.

### Mélanges principaux

- vitamine E 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

Ou :

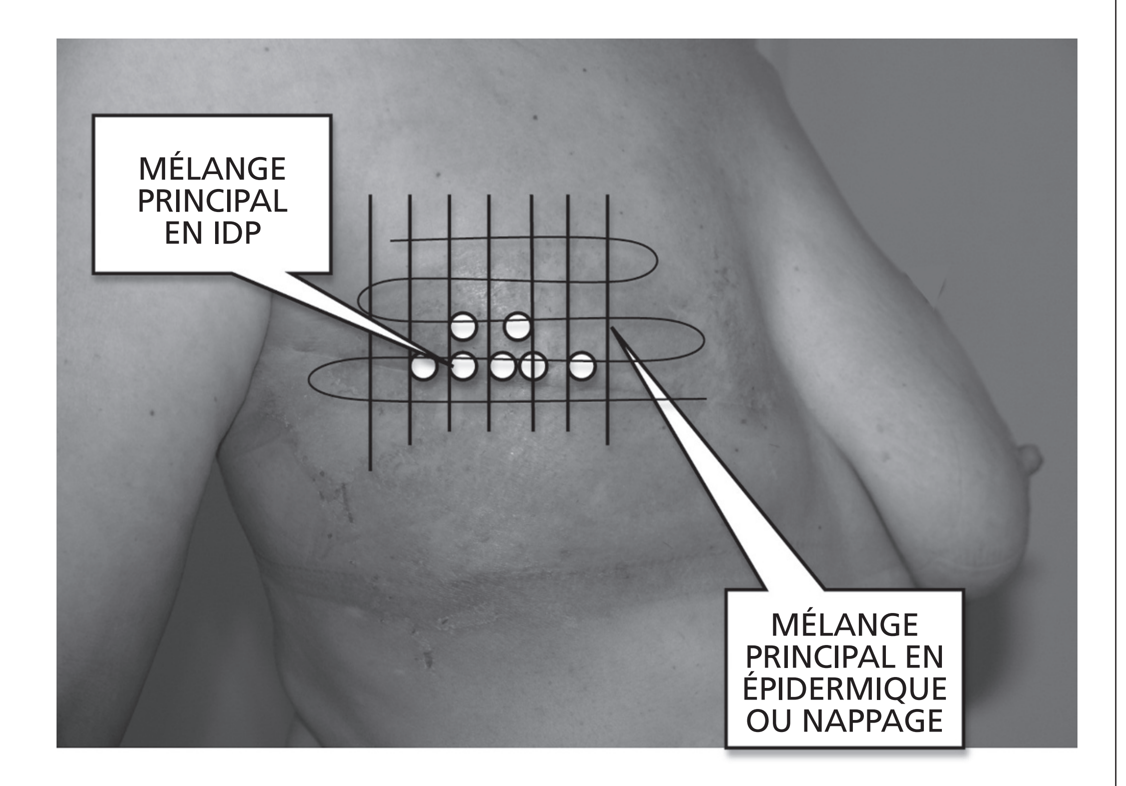
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine E 2 cc ;
- thiocochicoside 2 cc ;
- calcitonine 100 U 1 cc.

### Zones d'application

Dans la fibrose, en technique mixte, point par point IDP et technique superficielle épidermique.

### Rythme

J0, J7, J14 puis 1 à 2 fois par mois selon le contexte.




**Fibrose postchirurgie du sein et radiothérapie**

L'association de produits défibrosants déposés localement et directement dans la lésion est le grand plus de la mésothérapie.
La pentoxifylline et la vitamine E forment un complexe défibrosant majeur que nous constatons cliniquement depuis longtemps et qui commence à intéresser de nombreux chercheurs.

# Fracture de fatigue

## MOTS CLÉS

FRACTURE DE FATIGUE – HÉMATOME – ALGONEURODYSTROPHIE

## DÉFINITION

Fracture complète ou partielle d'un os, incapable de supporter des contraintes non violentes, exercées de façon rythmée, répétées et avec une intensité inférieure au seuil fracturaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Augmentation de la charge contraignante par la course ou les sauts, augmentation du nombre des contraintes (nombre d'heures d'entraînement), diminution des surfaces où s'appliquent les contraintes.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par le patient à l'effort puis au repos.
Douleur à la palpation digitale de la zone fracturaire.
Réaction œdémateuse.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) en IDP + IED.

### Mélange complémentaire

Pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + *Conjonctyl*® (1 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

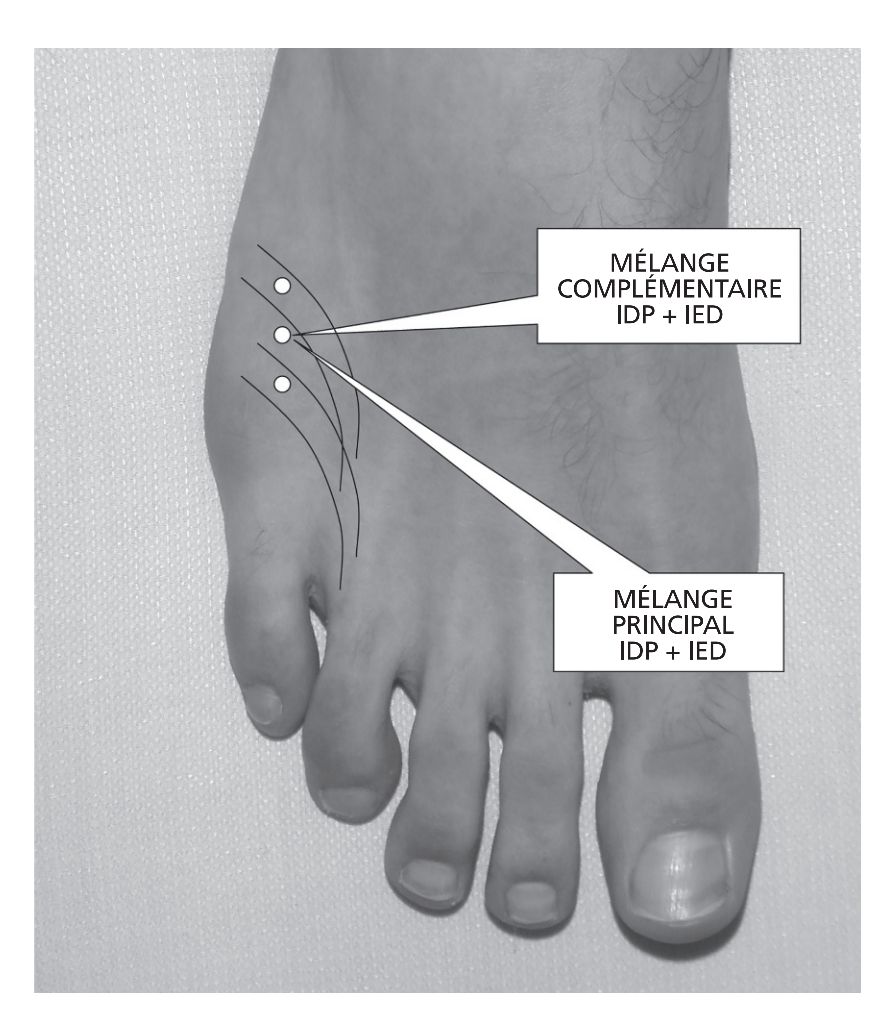
Mélange principal en regard de la zone fracturaire à J1et J8, et mélange complémentaire à J15, J30 et J45.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Repos, rééducation.




**Fracture de fatigue**

# Gastralgie

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION GASTRIQUE – NEUROTONIE – MÉSOSTRESS – GASTRALGIE

## DÉFINITION

Dysfonction gastrique. Douleurs gastriques à type de crampes, spasmes, brûlures en l'absence de cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Spasme et trouble sympathique. Dysfonction.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées, fibroscopie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
DHD sur point douloureux plexique gastrique, épigastrique et hypogastrique (points MPS cartographie plexus solaire et hypogastrique).
Nappage ou IDS sur points abdominaux.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- ranitidine 1 cc.

### Mélange complémentaire

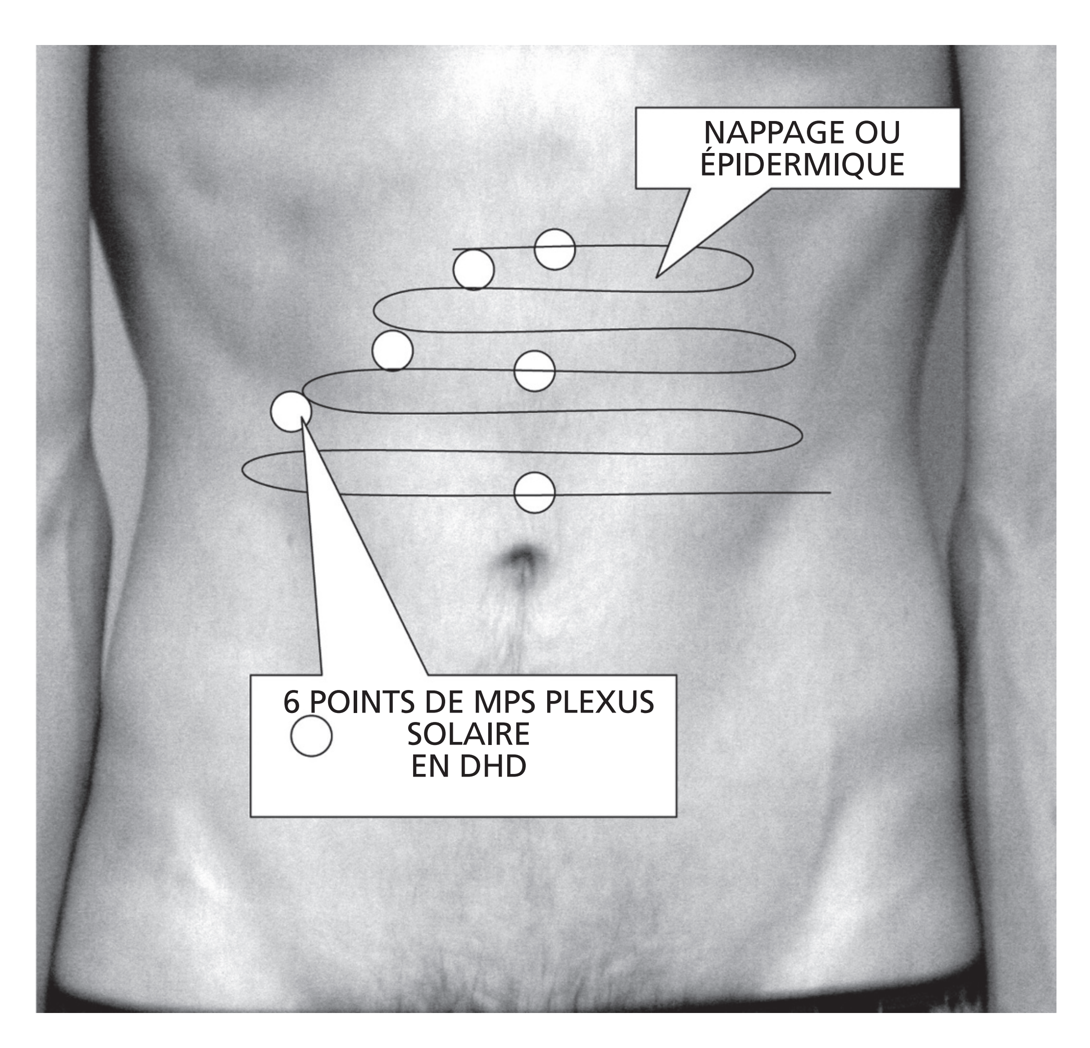
Sur terrain stressé :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- phloroglucinol 2 cc.

### Zones d'application

Point par point DHD : 3 points plexus primaire (sous-appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux), points secondaires sous-costaux droits et MPS.
Épidermique IED ou nappage IDS : zone épigastrique.

### Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution.




**Cartographie de la dysfonction gastrique**

Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

# Gengivite – infection dentaire ou gingivale

## MOTS CLÉS

INFLAMMATION – INFECTION DENTAIRE ou GINGIVALE – PYORRHÉE – GENGIVITE

## DÉFINITION

Inflammation, infection aiguë ou chronique du ligament dentaire (ligamentite dentaire).
Inflammation, infection aiguë ou chronique de l'apex dentaire (granulome apical).
Inflammation, infection aiguë ou chronique de la gencive (gengivite).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Au départ, souvent mauvaise hygiène dentaire avec dépôt de plaque dentaire, pullulation microbienne et infection secondaire.
Infection de la chambre pulpaire par carie puis granulome infectieux apical.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux (adénopathies sous maxillaires) :
- douleur à la percussion latérale de la dent : ligamentite ;
- douleur à la pression axiale vers la racine : granulome apical ;
- saignement et aspect inflammatoire, voire purulent de la gencive : gengivite.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographie panoramique dentaire.
Examen par un chirurgien dentiste.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur gencives, cellulopathie.
Protocole de mésovaccination.

### Mélange principal

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- piroxicam 1 cc.

### Mélange complémentaire

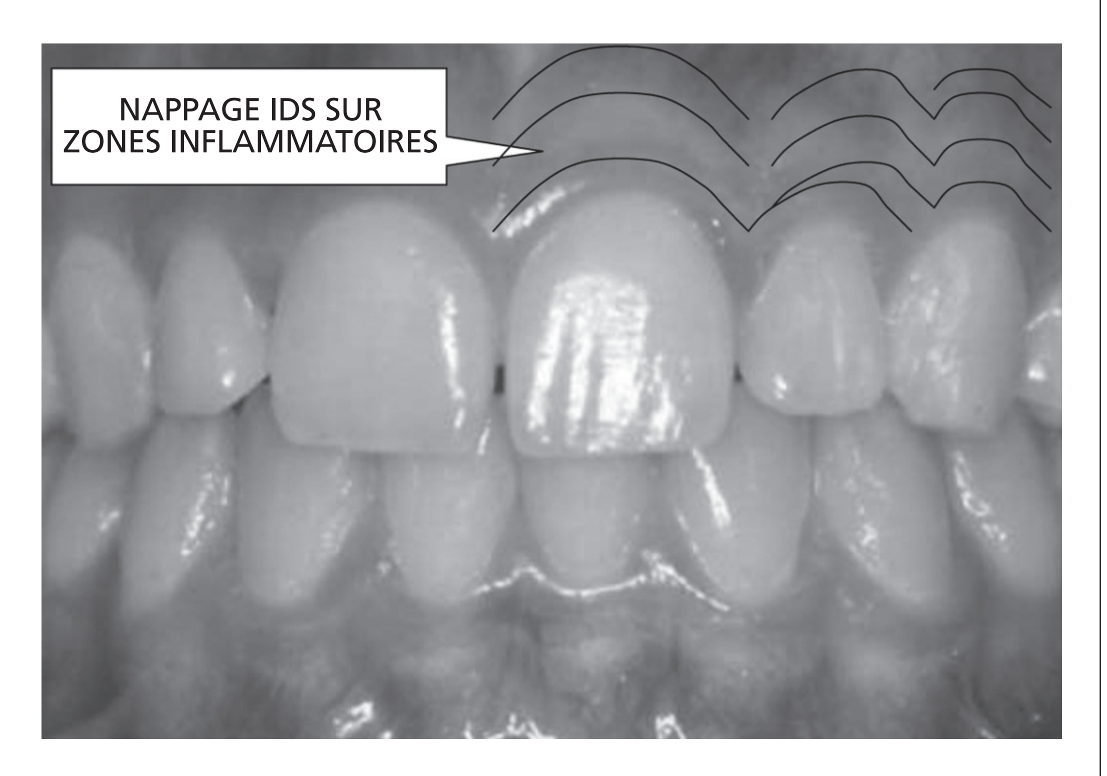
Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Zones d'application

Gencives (nappage).
Protocole mésovaccination.

### Rythme

J1, J3, J7 pour le mélange principal.
J1, J15 et rappel tous les 3 à 6 mois pour le mélange mésovaccination.




**Gengivite**

Les inflammations ou infections gingivodentaires se traitent avant tout par des soins effectués par le chirurgien dentiste associé à une bonne hygiène buccodentaire.

Le traitement mésothérapique apporte un bon complément en désenflammant les tissus et en permettant un meilleur confort buccal.

La mésovaccination a tout son intérêt en cas de déficit immunitaire latent, de terrain débilité (mauvaise hygiène alimentaire, tabac, alcool).

# Gonarthrose fémorotibiale interne en poussée aiguë

## MOTS CLÉS

GONARTHROSE FÉMOROTIBIALE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Arthrose de l'articulation fémorotibiale interne du genou.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face interne du genou.
Douleur à la pression digitale de l'interligne fémorotibial et à la percussion du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Indication de chaque médicament utilisé

- Lidocaïne 1 % : anesthésique local, sympathicolytique et vecteur de principe actif ;
- piroxicam : AINS microdosé ;
- étamsylate : drainant ;
- thiocolchicoside : myorelaxant et anti-inflammatoire modéré ;
- calcitonine de saumon 100 UI : anti-œdémateux, anti-inflammatoire, antalgique, reminéralisant.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + étamsylate (1 cc) en IED.

### Zones d'application

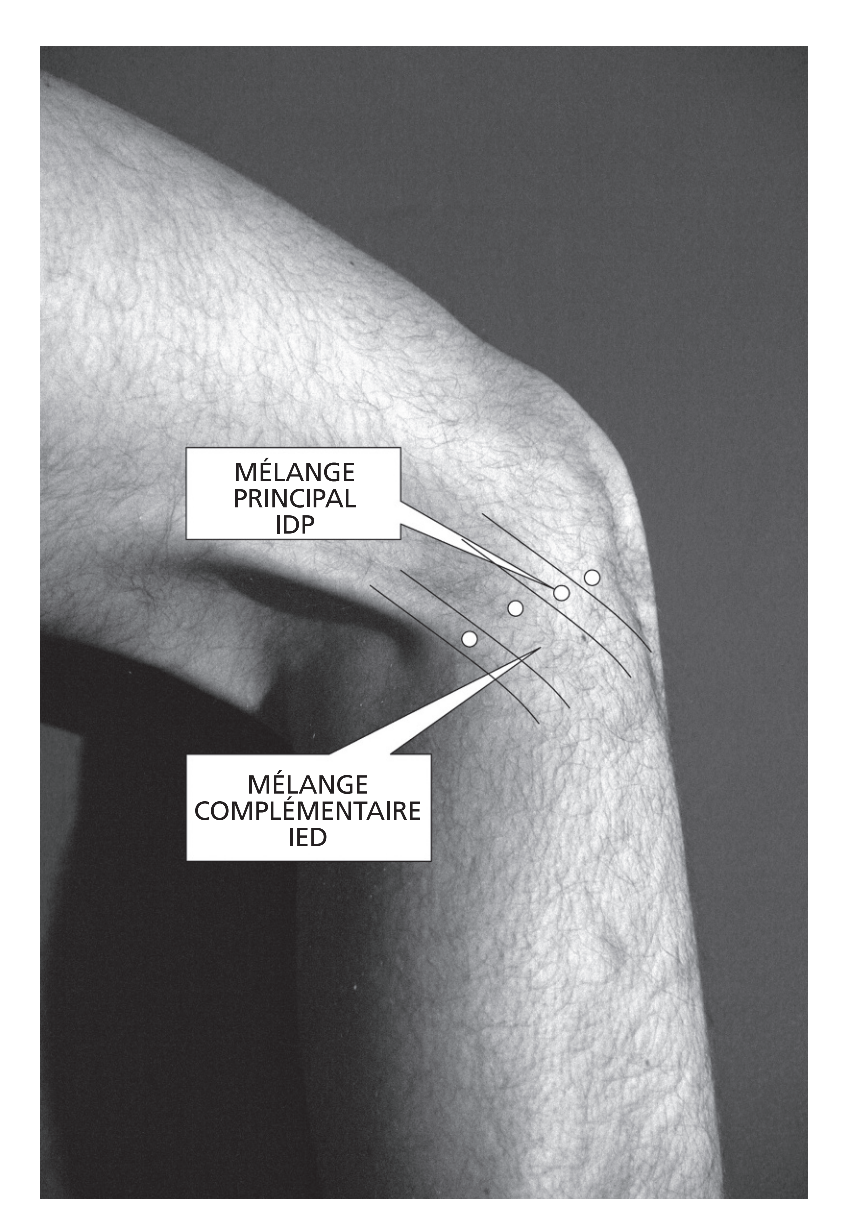
Mélange principal en regard de l'interligne fémorotibial interne et mélange complémentaire en péri-articulaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèses plantaires.




**Gonarthrose fémorotibiale interne**

# Grippe – mésogrippe

## MOTS CLÉS

MÉSOVACCINATION – ANERGIE – MÉSOGRIPPE – MÉSOSTIMULATION

## DÉFINITION

MICROVACCINATION par mésothérapie dermique, traitement préventif.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Immunité générale et antigrippale.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique, IDS nappage, papule ou IDP.

### Mélange principal

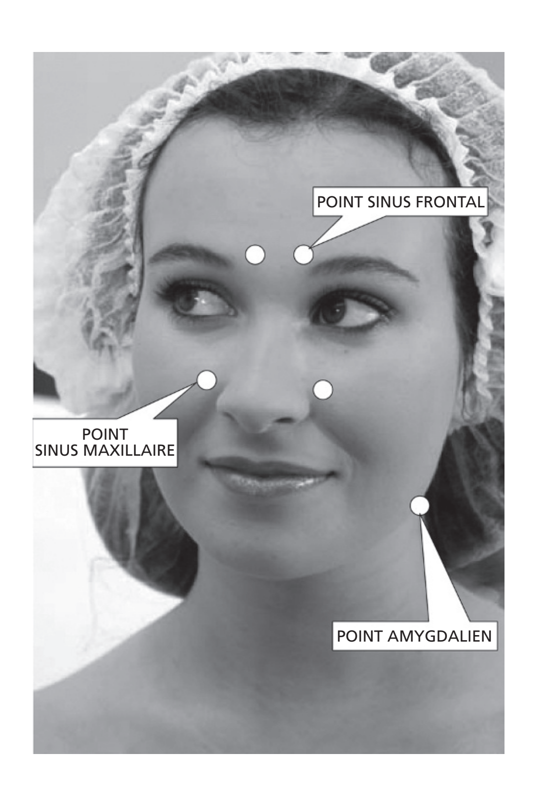
- procaïne 2 % 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- pilodate de magnésium 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

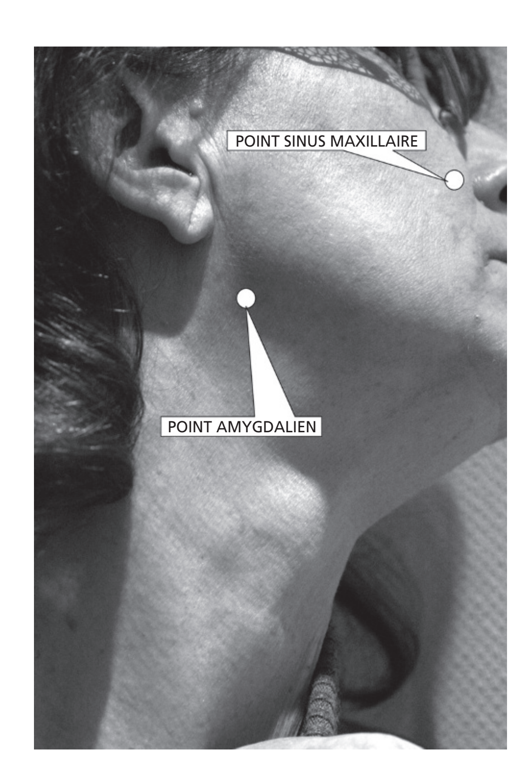
### Zones d'application

Point sinus et angle de la mâchoire.

### Rythme

Septembre, octobre : une à deux séances espacées de 15 jours. Rappel mars, avril.




**Cartographie de la mésovaccination**

Cette vaccination fait le bonheur des plus âgés en évitant les effets secondaires post-vaccinaux.
L'effet commence après 15 jours et se prolonge au moins 6 mois.

# Grossesse et insuffisance veineuse

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – VERGETURE – ŒDÈME – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE – DYSJONCTION SYMPHISE PUBIENNE – GROSSESSE – INSUFFISANCE VEINEUSE

## DÉFINITION

Traitement préventif de l'insuffisance veineuse chez la femme enceinte.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Effets veinotoniques et anti-œdémateux.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage ou IED épidermique.

### Mélange principal

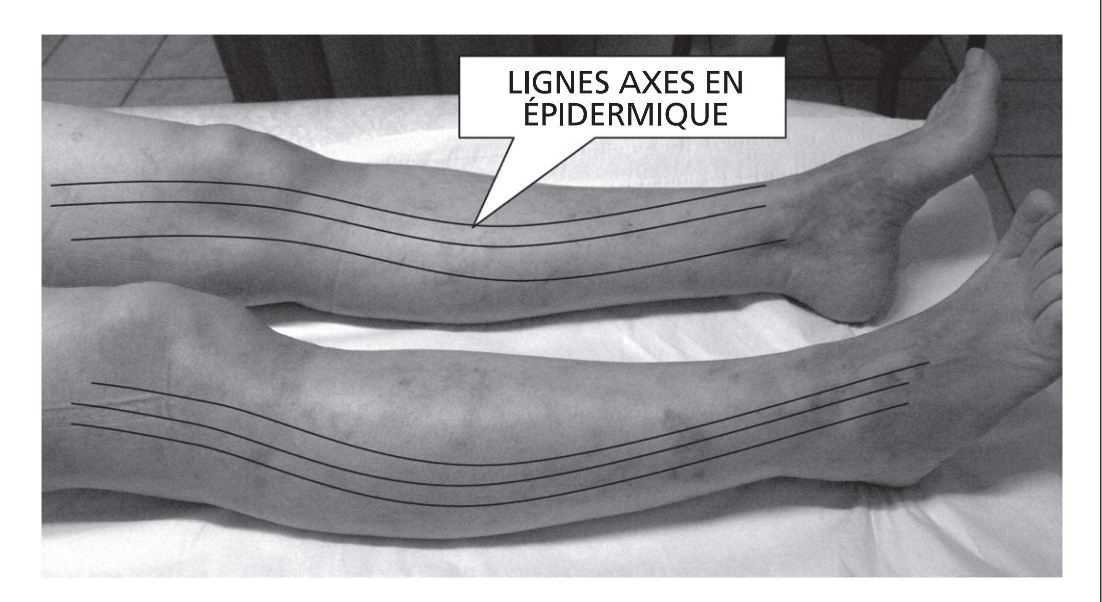
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Zones d'application

Axes vasculaires latéraux et postérieurs des membres inférieurs, régions œdémateuses.

### Rythme

Une fois par mois pendant toute la grossesse et plus vers la fin du terme, si besoin.




**Insuffisance veineuse et grossesse**

Confort, bien-être assuré pendant toute la grossesse.

# Hallux valgus en poussée aiguë

## MOTS CLÉS

HALLUS VALGUS – ARTHROSE – ARTHRITE

## DÉFINITION

Déformation avec exostose entraînant une saillie excessive à la face distale du premier métatarsien. Une bursite réactionnelle majore les douleurs rendant le chaussage difficile.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Déformation du premier rayon avec rétractions des tissus mous péri-articulaires et arthrose métatarsophalangienne du gros orteil.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée en regard de l'exostose.
Douleur à la pression digitale de la bursite.
Mobilisation douloureuse de la MP du gros orteil avec limitation d'amplitude.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Étamsylate (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + étamsylate (1 cc) en IED.

### Zones d'application

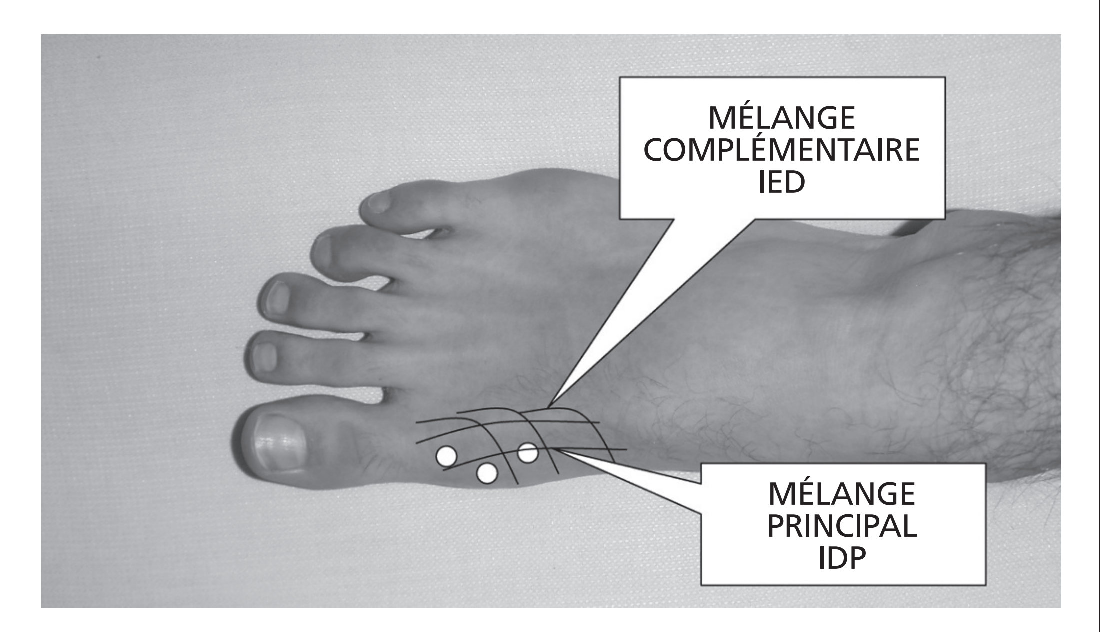
Mélange principal en regard de l'exostose et mélange complémentaire en péri-articulaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèses plantaires.




**Hallux valgus en poussée aiguë**

# Hématome musculaire post-traumatique

## MOTS CLÉS

HÉMATOME – TRAUMATISME – DÉCHIRURE – ÉLONGATION – CONTRACTURE – MÉSODRAIN

## DÉFINITION

Collection de sang dans les tissus d'origine traumatique. La mésothérapie a son intérêt dans l'activation de la résorption de l'hématome.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Saignement tissulaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de zones collectées.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Selon le contexte.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Nappage IDS, IED et IDP.

### Mélanges principaux

[1]. Les deux premiers jours :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- arnica 4 DH 2 cc.

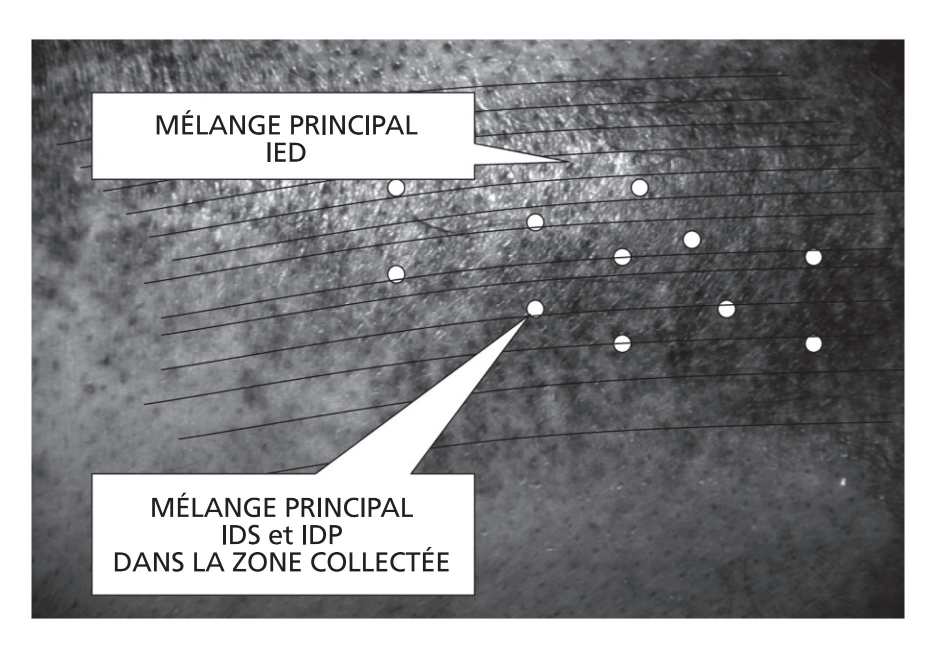
[2]. Hématome collecté :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc.

### Zones d'application

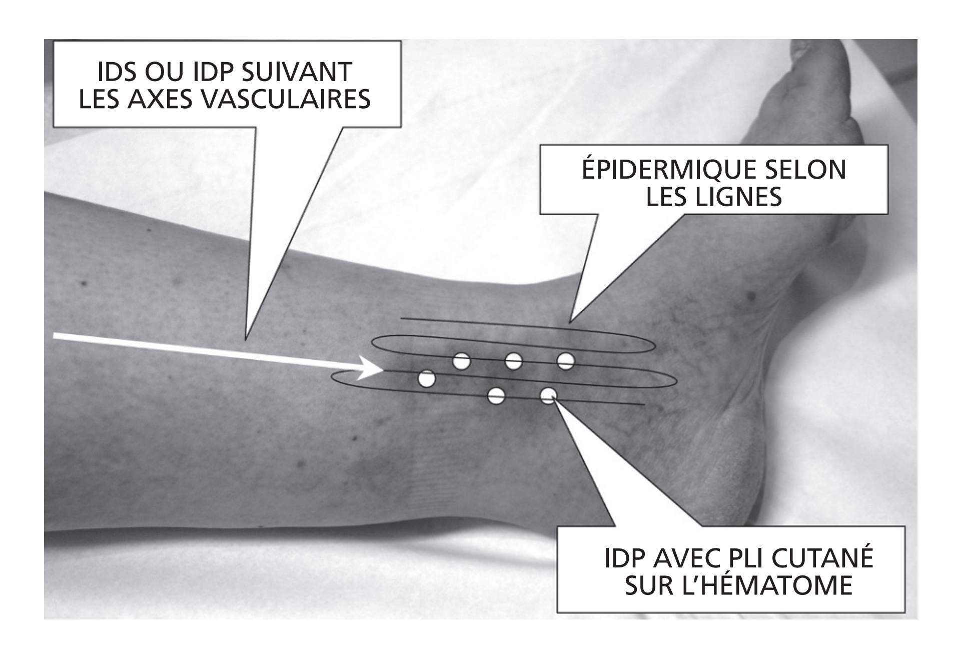
Dans l'hématome, dans la zone collectée, kystique.
Faire un mésodrain sur les axes vasculaires.

### Rythme

J0, J3 immédiatement.
J0, J7, J15 sur hématome collecté, mélange [2].




**Hématome musculaire**




**Traitement hématome collecté**

L'intérêt est manifeste dans la récupération tissulaire en post-traumatique. La résorption du kyste de sang collecté, après un gros hématome, est tout aussi appréciable, car c'est souvent le seul traitement.

# Hémorroïdes

## MOTS CLÉS

HÉMORROÏDES

## DÉFINITION

Dilatation des veines de la région anale souvent par crises aiguës.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Dilatation de type varice des veines de la zone anale, inflammation des tissus.

## EXAMEN CLINIQUE

Examen de la région anale. Paquet variqueux avec trouble trophique tissulaire
Parfois thrombotique, mais toujours invalidant et douloureux.
Évolution en crises aiguës.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Rectoscopie.

## TRAITEMENT MESOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP), nappage en IDS et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaine 1% ( 2cc) + Piroxicam (1cc) + Etamsylate (1cc) en IDP et IDS.

### Mélange complémentaire

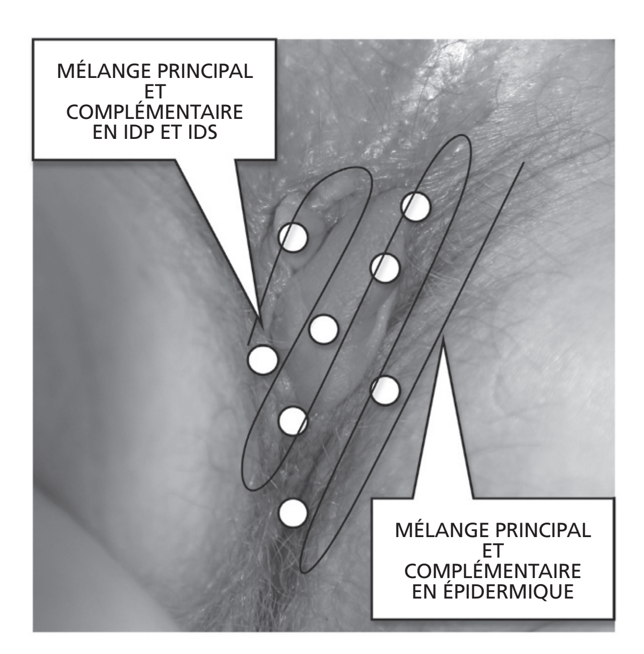
Lidocaine 1% (2cc) + Thiocolchicoside (2cc) en IED.

### Zones d'application

Mélange principal et complémentaire en périanale et localement dans les hémorroïdes.

### Rythme

J1, J8, J30.




TRAITEMENT DE LA CRISE HÉMORROIDAIRE




**Hémorroïdes**

Ce traitement est très efficace sur la crise aigüe en curatif mais aussi en préventif pour éviter les récidives. La crise douloureuse passe en quelques heures seulement. Il est intéressant de poursuivre le traitement une fois par mois et de compléter par un mésodrain pour éviter les récidives.

# Herpès

## MOTS CLÉS

HERPÈS – ZONA – ALGIES POST-ZOSTÉRIENNES – MÉSOSTRESS – MÉSOVACINATION

## DÉFINITION

Lésions cutanées vésiculeuses en bouquet dues aux virus de l'herpès ou du zona.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Lésions initiales de primo invasion virale par herpès virus de type  ou II.
Lésions secondaires (plusieurs mois ou années) à une infection initiale par le virus de la varicelle.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des lésions vésiculaires.
Évaluation de l'état d'asthénie et de déficit immunitaire.
Évaluation de l'état de tension intérieure.
Si récidive, recherche une cause organique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Biologie si trouble important ou récidivant.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

### Mélange principal

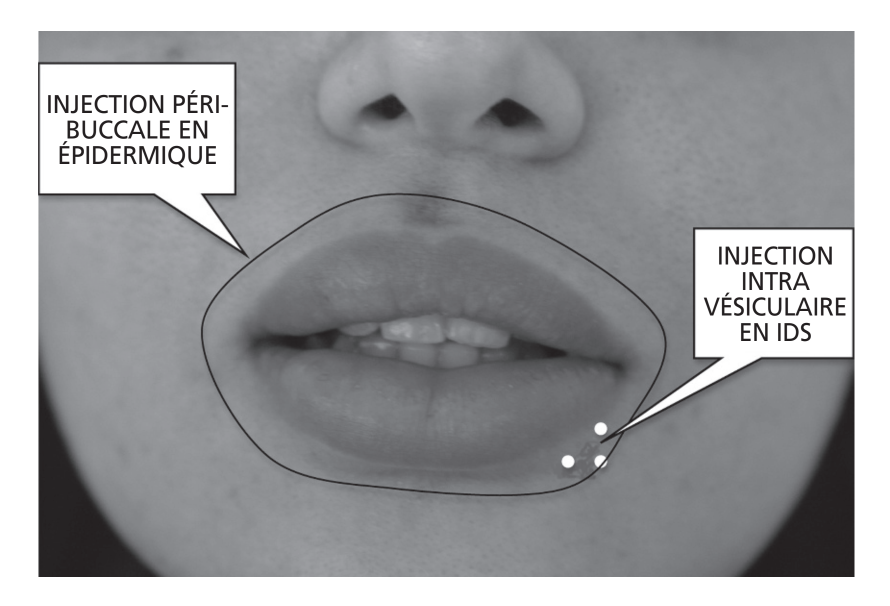
Sur les lésions et selon protocole de mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Zones d'application

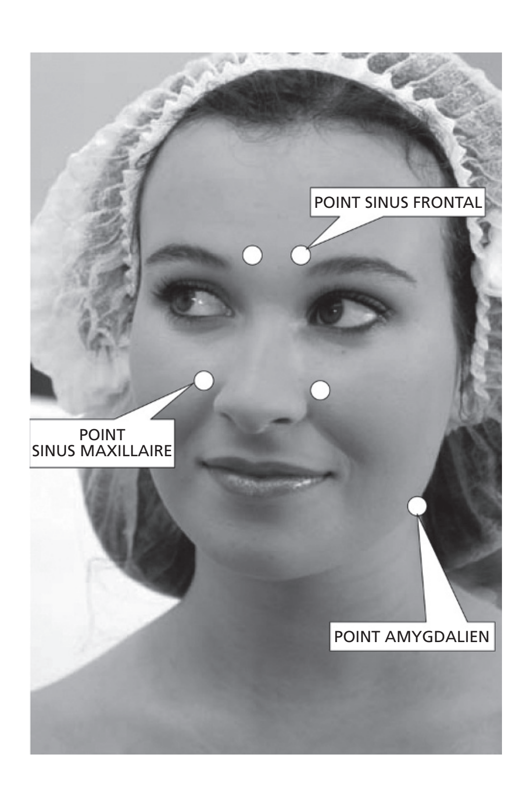
Sur les zones vésiculaires.
Voir protocole de mésovaccination (*cf* figures ci-contre).

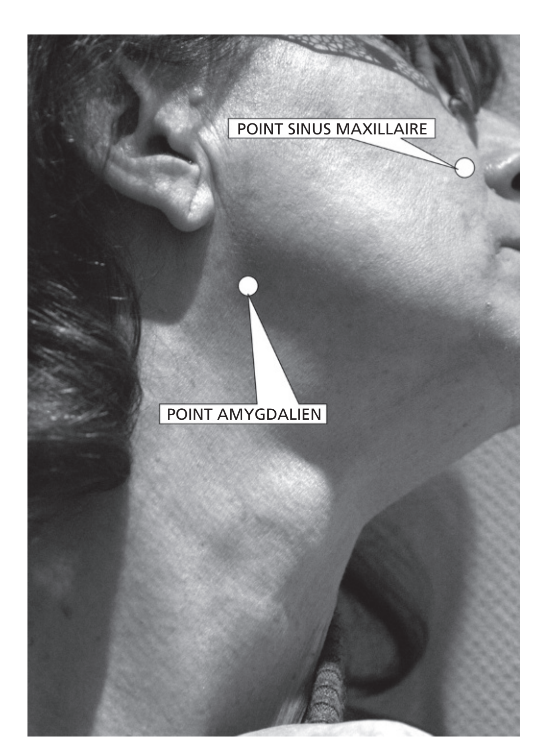
### Rythme

J1, J7, puis rappel selon mésovaccination (2 fois par an).




**Traitement de l'herpès**




**Cartographie de la mésovaccination**

L'herpès est rapidement amélioré par le traitement mésothérapique qui évite les récidives.

# Hypoacousie

## MOTS CLÉS

HYPOACOUSIE – ACOUPHÈNE – SURDITÉ – CERVICALGIE

## DÉFINITION

Baisse de l'acuité auditive sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Dégénérescence, fibrose.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan ORL.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage, IDP.

### Mélange principal

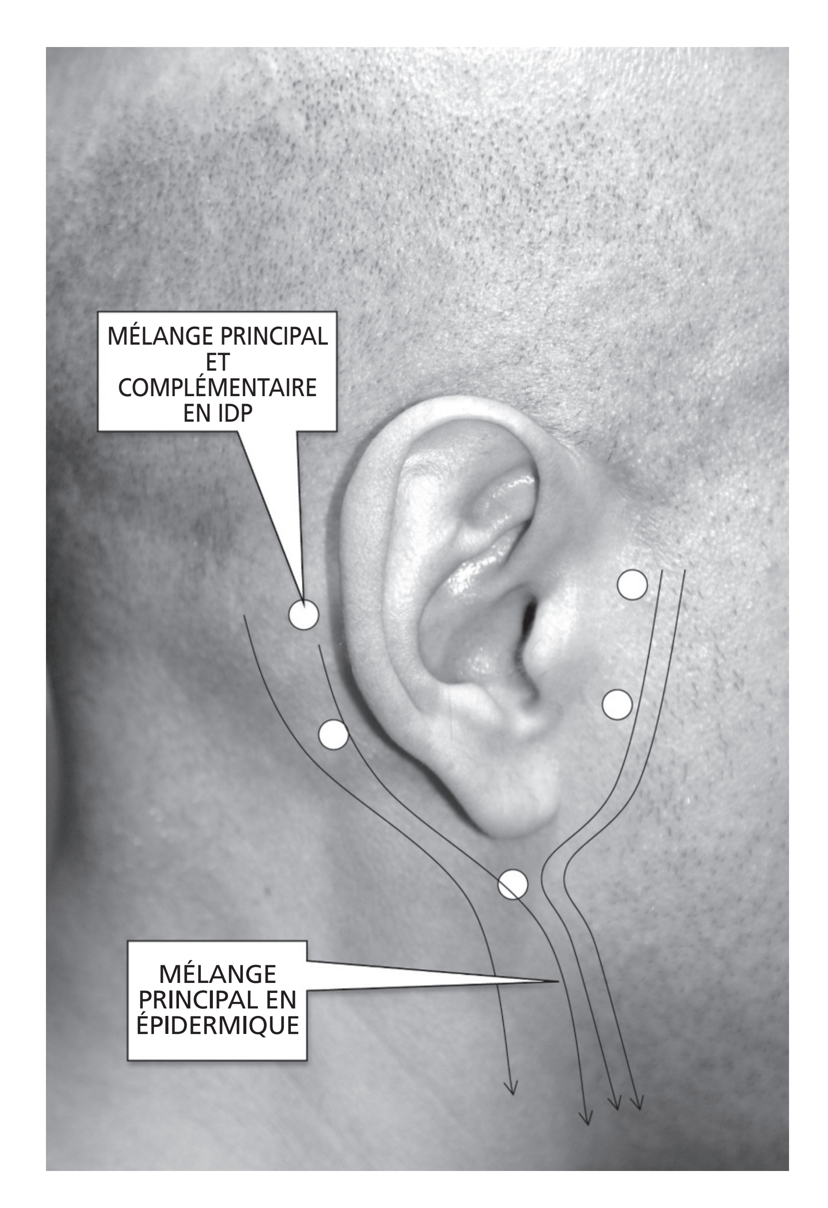
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- calcitonine 100 U 1 cc.

### Zones d'application

Péri-auriculaire, mastoïde, temporal, carotidien.

### Rythme

J1, J7, J15 puis 1 fois par mois si amélioration initiale.




**Mésothérapie et hypoacousie**

L'amélioration est plus souvent qualitative, il faut continuer si le patient se sent mieux.
Rechercher une douleur projetée cervicale.

# Immunité faible – mésovaccination – mésostimulation

## MOTS CLÉS

MÉSOSTIMULATION – IMMUNITÉ – INFLAMMATION CHRONIQUE – ANERGIE – VACCIN – GRIPPE – MÉSOVACCINATION

## DÉFINITION

Renforcement des défenses immunitaires.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Baisse immunitaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDP, épidermique, DHD.

### Mélange principal

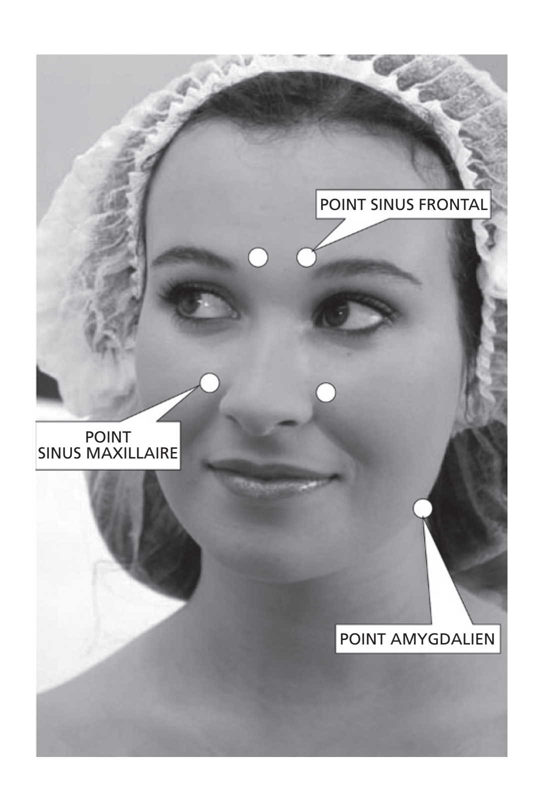
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

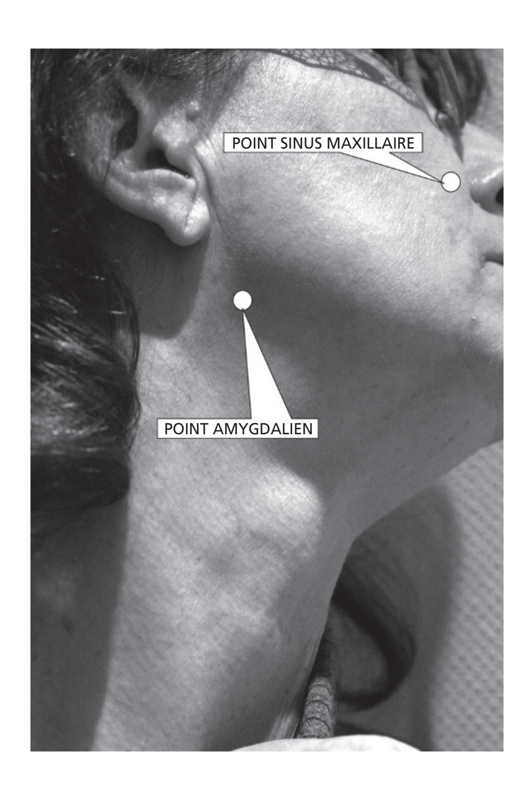
### Zones d'application

IDS ou épidermique → aires pulmonaires ant- et post-, aire abdominale (cadre colique).
IDP, papule → points sinus, amygdalien de la face.
DHD → point foie, rate, plexus primaire abdominaux.

### Rythme

Avant l'hiver, deux séances à 15 jours, puis rappel au printemps.




**Cartographie de la mésovaccination**

La mésovaccination est le traitement mésothérapique de base de toutes les infections à répétition et du terrain anergique ou hypoergique.

# Insomnie

## MOTS CLÉS

DÉPRESSION – STRESS – ANXIÉTÉ – MÉSOSTRESS – INSOMNIE

## DÉFINITION

Troubles du sommeil d'origine fonctionnelle primitive (à l'exclusion de toute pathologie organique).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Tension intérieure, anxiété, dépression, dysneurotonie.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des points de tension.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultation spécialisée psychiatrique ou neurologique si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
Nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur point douloureux.

### Mélange principal

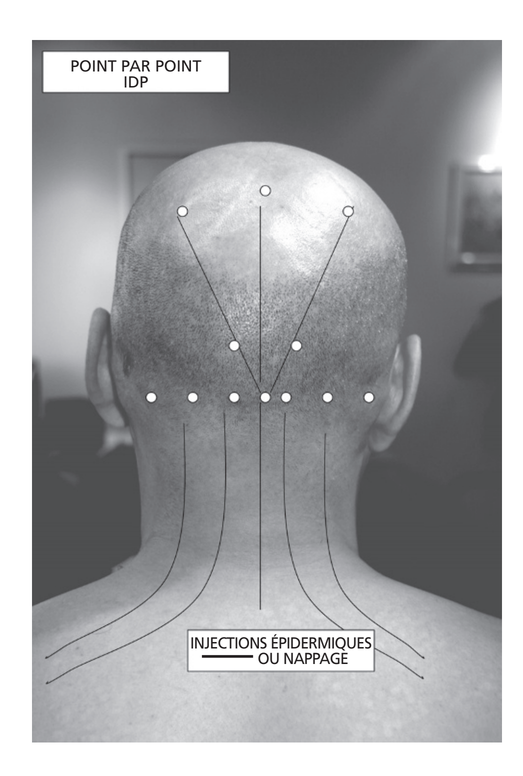
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 2 cc.

### Zones d'application

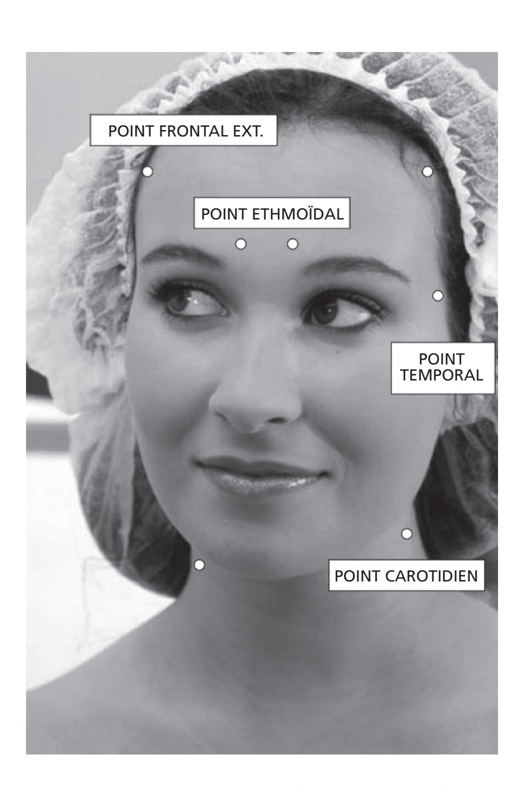
Point par point IDP : plexus solaire, 4e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points du le triangle médiocrânien.
Épidermique IED : zone thoracique précordiale antérieure, abdominale, ceinture scapulaire.

### Rythme

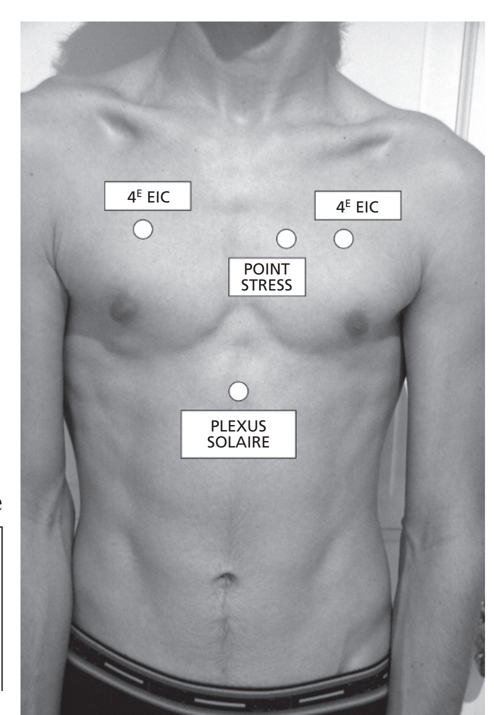
J1, J7, J14, J28 et à la demande.




**Cartographie du mésostress – face postérieure**




**Cartographie du mésostress – face antérieure**




**Cartographie du mésostress – face thoracique**

Le traitement mésothérapique est d'autant plus efficace que le patient accepte un sevrage des médicaments hypnotiques. Dans un premier temps, la mésothérapie apporte une amélioration qualitative du sommeil, puis quantitative à la 3e séance.

# Insuffisance lymphatique des membres inférieurs

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – ŒDÈME – INSUFFISANCE VEINEUSE – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE

## DÉFINITION

Œdème et tension douloureuse des membres inférieurs par trouble lymphatique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Insuffisance lymphatique, extravasation des macromolécules, mauvais drainage.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échodoppler éventuel.
Bilan systématisé éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

### Mélange principal

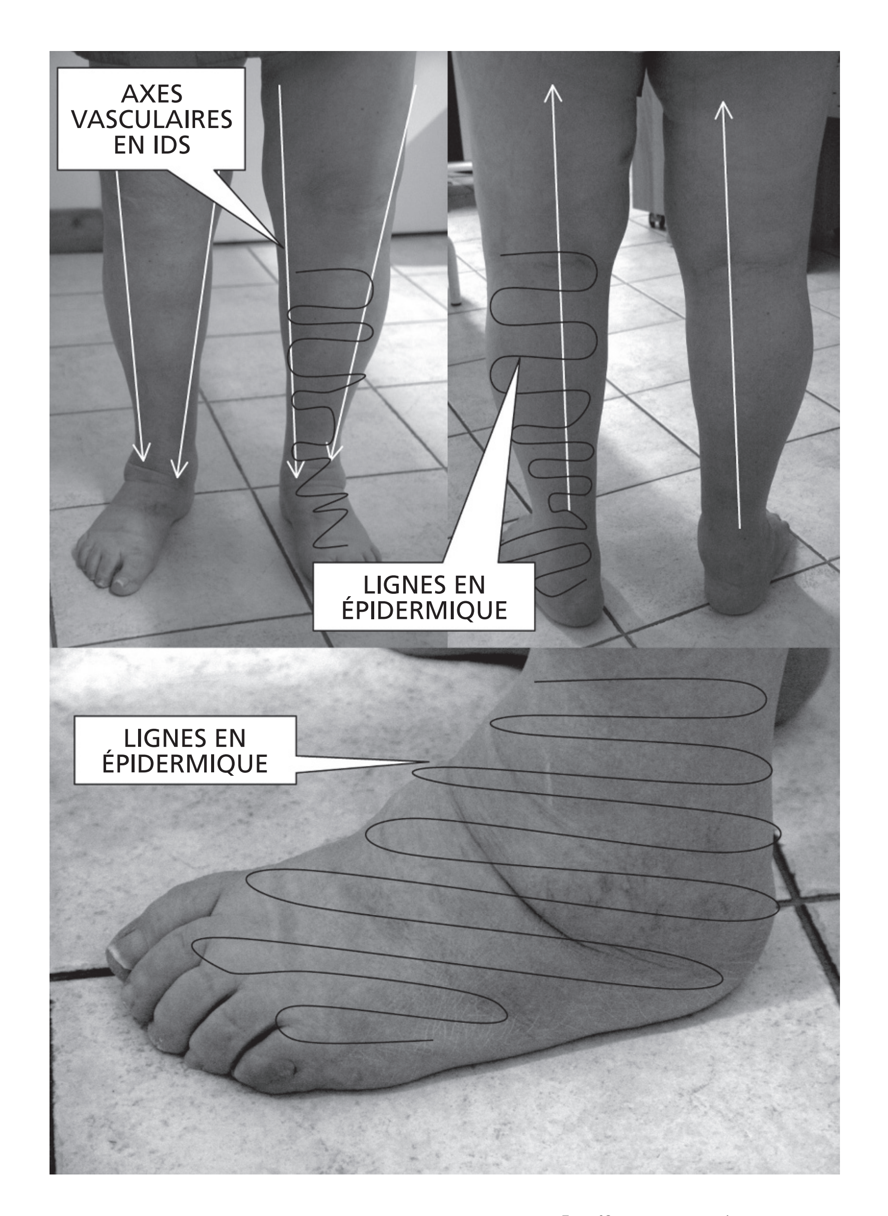
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes saphènes internes et externes, creux poplité, triangle de Scarpa, cheville et mollet.

### Rythme

J1, J7, J30 puis 1 fois par mois.




**Insuffisance lymphatique**

L'efficacité est bonne, mais reste inférieure à l'insuffisance veineuse isolée et nécessite souvent des séances plus rapprochées surtout en été.

# Insuffisance veineuse – mésodrain

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – MÉSODISSOLUTION – INSUFFISANCE VEINEUSE

## DÉFINITION

MÉSODRAIN : traitement symptomatique des membres inférieurs pour troubles veino-lymphatiques.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Insuffisance veineuse, lymphatique, œdème. Extravasation capillaire des macromolécules, pathologie valvulaire veineuse.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échodoppler éventuel.
Bilan systématisé éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

Ou si troubles anciens :

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

### Mélange complémentaire

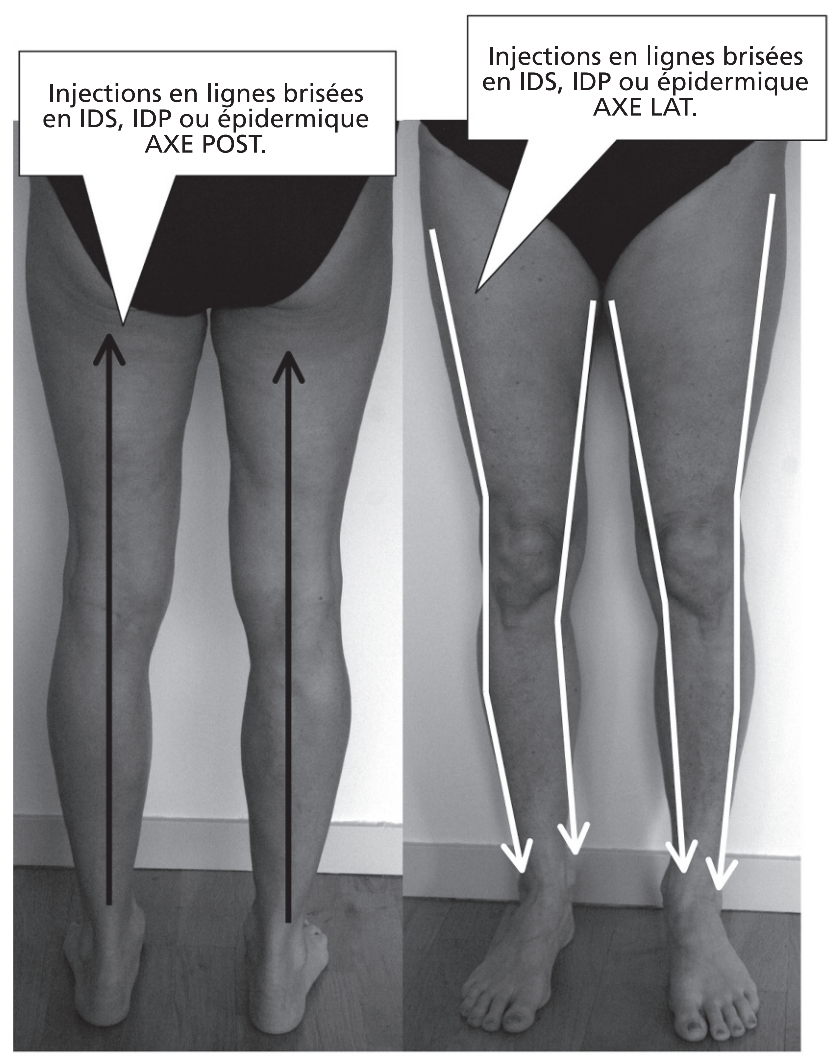
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes saphènes internes et externes, axes artériels, creux poplité, triangle de Scarpa.

### Rythme

J1, J7, J30, puis 1 fois tous les 1 à 2 mois ou dès reprise des douleurs.




**Cartographie du mésodrain**

L'efficacité est proche de 100 %. Si à J7 il reste des douleurs, la pathologie est souvent d'origine lombaire (sciatique tronquée) à traiter par mésothérapie.

# Lapeyronie

## MOTS CLÉS

LAPEYRONIE – FIBROSE – CALCIFICATION

## DÉFINITION

Déviation de la verge au cours des érections. Absence d'expansion d'un des corps caverneux. L'érection peut être douloureuse.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Sclérose d'une portion des corps caverneux.

## EXAMEN CLINIQUE

Palpation des plaques indurées d'un ou des corps caverneux.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage et IDP point par point.

### Mélanges principaux

- procaïne 2 % 2 cc ;
- vitamine E 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

Ou :

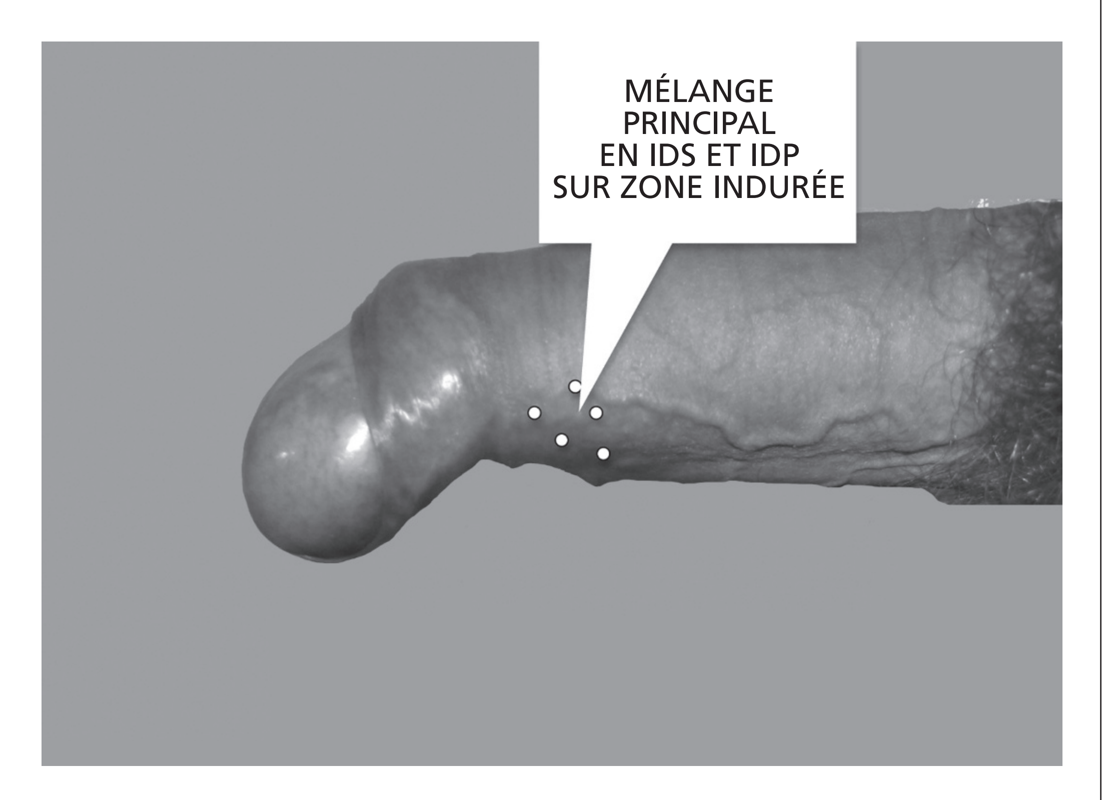
- procaïne 2 % 1 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine E 2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

### Zones d'application

Localement sur la rétraction.

### Rythme

J0, J7, J15 puis 1 fois par mois si besoin.




**Maladie de Lapeyronie**

Souvent spectaculaire et pas du tout douloureux. Action sur la sclérose qui rejoint le traitement de Dupuytren par mésothérapie.

# Lipodrain

## MOTS CLÉS

LIPOLIFT – MÉSOLIFT – MÉSODISSOLUTION – ŒDÈME – DRAINAGE – LIPODRAIN

## DÉFINITION

Traitement drainant, décongestionnant et liftant de la face, souvent couplé à un lipolift.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Stimulation du drainage vasculaire, désinfiltration. Effet liftant.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Injection en épidermique superficielle, IED.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- pidolate de magnésium 1 cc ;
- thiocolchicoside 1 cc.

### Mélange complémentaire

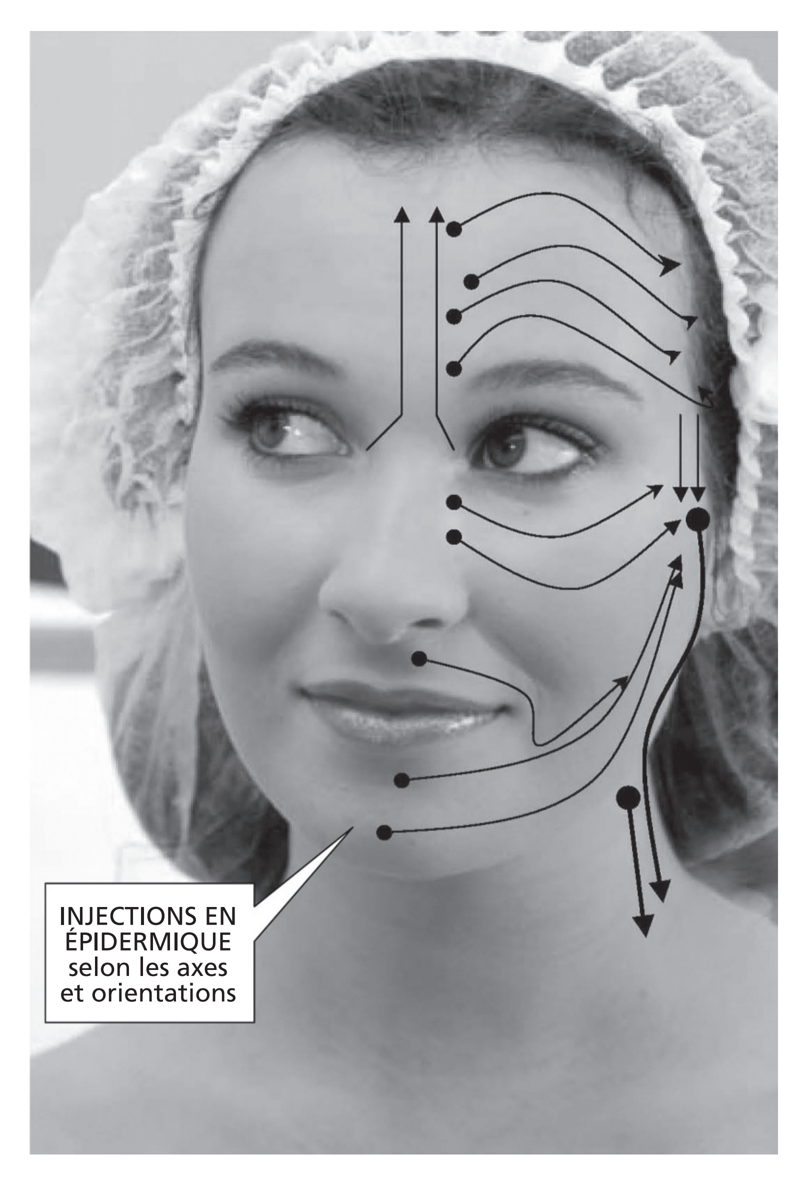
Souvent avec le lipolift.

### Zones d'application

Sur le visage, en respectant les axes de drainage.

### Rythme

1 fois par semaine, 3 fois, puis 1 fois par mois.




**Axes de drainage – lipodrain**

Effet Botox® *like* très agréable et visible.

# Lipolift

## MOTS CLÉS

MÉSOLIFT – MÉSODISSOLUTION – LIPODRAIN – LYSES – LIPOLYSE – OVALE DU VISAGE – LIPOLIFT

## DÉFINITION

Technique de lyse adipocytaire par injection d'un mélange hypo-osmolaire pour améliorer l'ovale du visage. À associer à un lipodrain.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Lyse hypo-osmolaire des amas graisseux, drainage.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Injection rétrotraçante hypodermique.

Épidermique IED pour le lipodrain.

### Mélange principal

LIPOLIFT :

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- eau ppi 7 cc ;
- vitamine C 0,5 cc ;
- thiocolchicoside 0,5 cc.

### Mélange complémentaire

LIPODRAIN systématique :

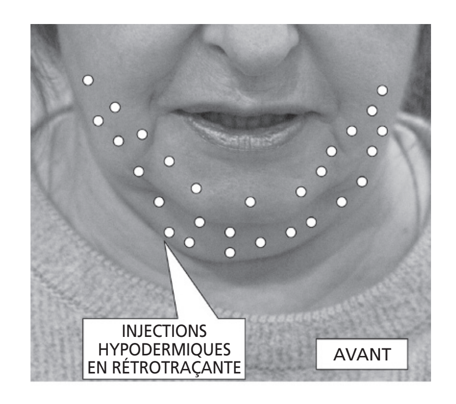
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- pidolate de magnésium 1 cc ;
- thiocolchicoside 1 cc.

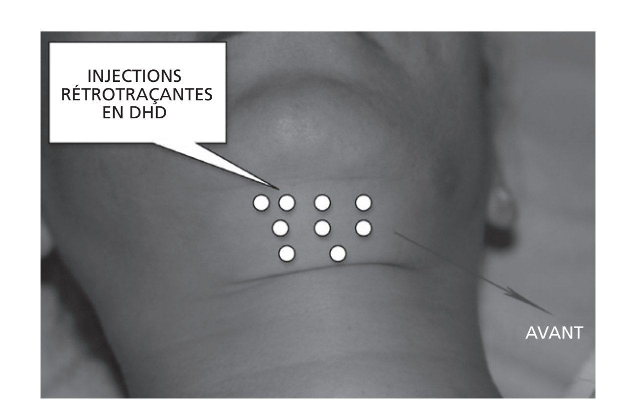
### Zones d'application

Toutes zones, ovale, menton, bajoues, jabot.

### Rythme

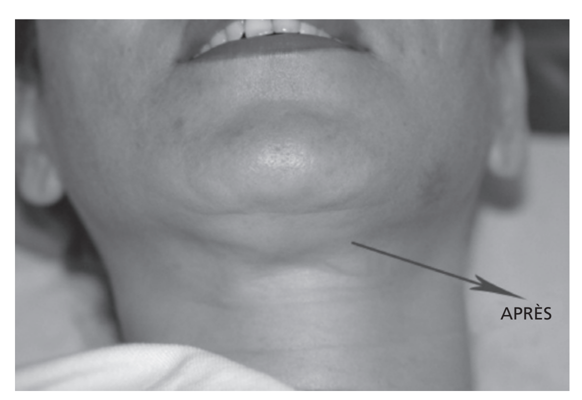
1 fois par semaine 3 à 6 fois.



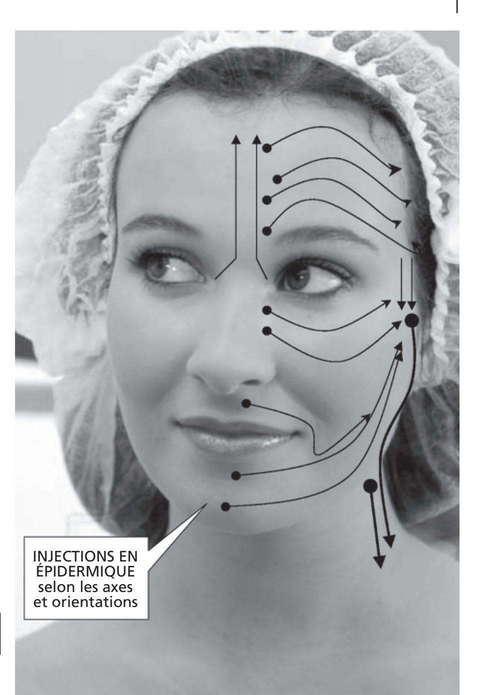







**Mésolipolift avant et après**

**Lipolift avant et après mésothérapie**




**Axes de drainage – lipodrain**

Effet liftant et lysant impressionnant.

# Lipome

## MOTS CLÉS

LIPOME – MÉSODISSOLUTION – ACNÉ – LIPOLIFT

## DÉFINITION

Masse formée de lobules graisseux. Tuméfaction bénigne de tissu gras ou adipeux, souple ou molle située sous la peau.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Amas graisseux kystique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDP, DHD.

### Mélange principal

| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • calcitonine saumon 100 UI | 0,25 cc ; |
| • thiocolchicoside | 0,5 cc ; |
| • vitamine C | 0,25 cc ; |
| • eau ppi | 7 cc. |

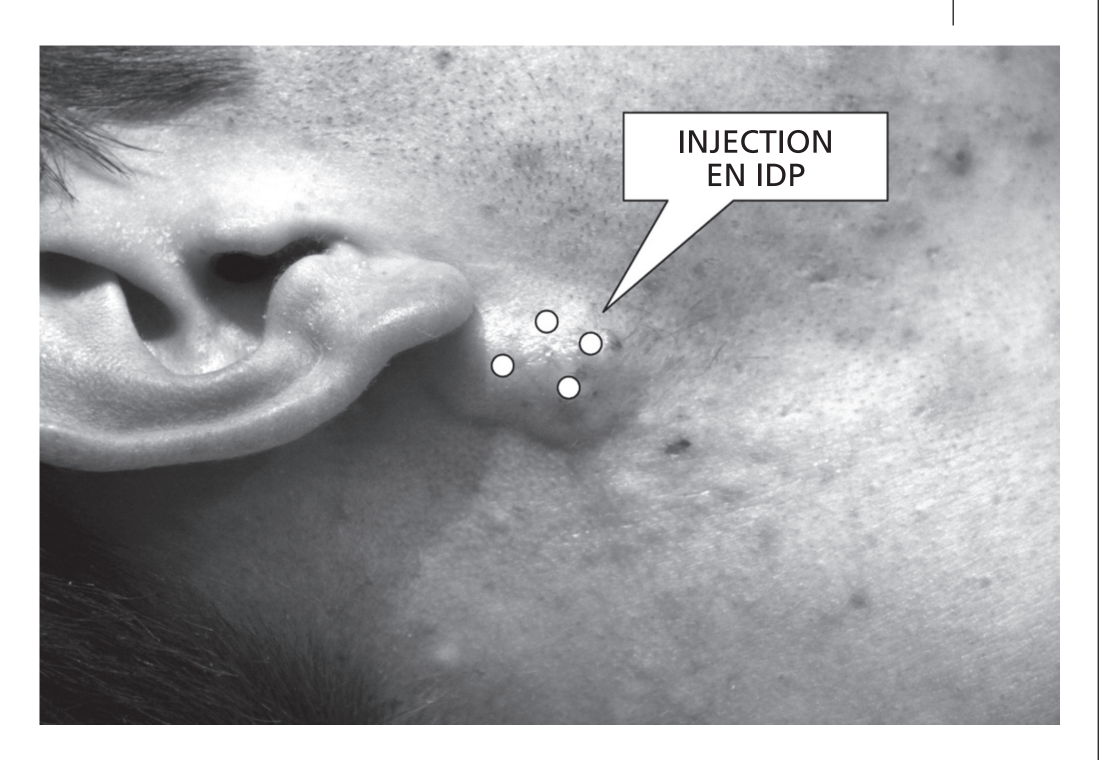
### Zones d'application

Dans le ou les lipomes.

### Rythme

J0, J15, J30.

**Lipome sur acné**




**Lipome sur lipomatose**

Les lipomes profonds vont se résorber, ceux superficiels vont s'évacuer vers l'extérieur.

# Lombalgie commune abarticulaire

## MOTS CLÉS

LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – LOMBAGO – ARTHROSE – LUMBAGO

## DÉFINITION

Inflammation des structures abarticulaires du rachis lombaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire mécanique et/ou dégénératif portant sur les tendons, les muscles et les ligaments du rachis lombaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.
Douleur à la pression digitale sur les segments du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
Douleur à la pression digitale d'un point plexique au niveau du 1er trou sacré.
DND lombaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS), sur tout le rachis lombaire.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien et les points plexiques (1er trou sacré).
Si nausées ou flush, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombaire.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

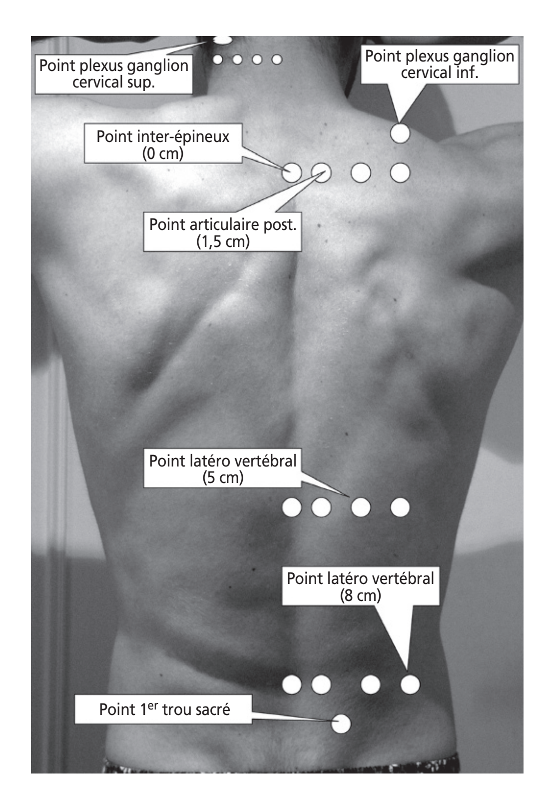
Mélange principal en regard des segments rachidiens douloureux au niveau de la SID (0, 1,5, 5 et 8 cm de la ligne médiane) et du 1er trou sacré.

### Rythme

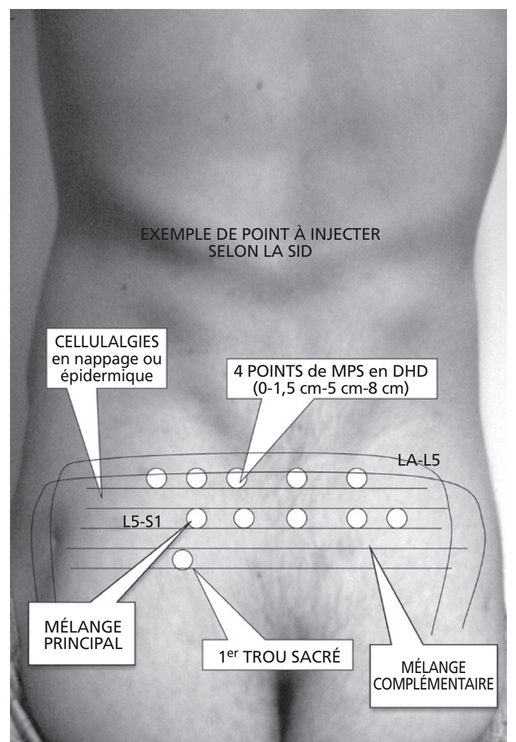
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cartographie MPS rachis**




**Lombalgie (rechercher les points douloureux de la SID)**

# Lombalgie commune arthrosique

## MOTS CLÉS

LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – LOMBAGO – ARTHROSE – LUMBAGO

## DÉFINITION

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis lombaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée aiguë sur lésions dégénératives du rachis lombaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.
Douleur à la pression digitale sur les segments du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux S(0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
Douleur à la pression digitale du 1er trou sacré parfois.
DND lombaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien et les points plexiques (1er trou sacré).
Si nausée ou flush, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

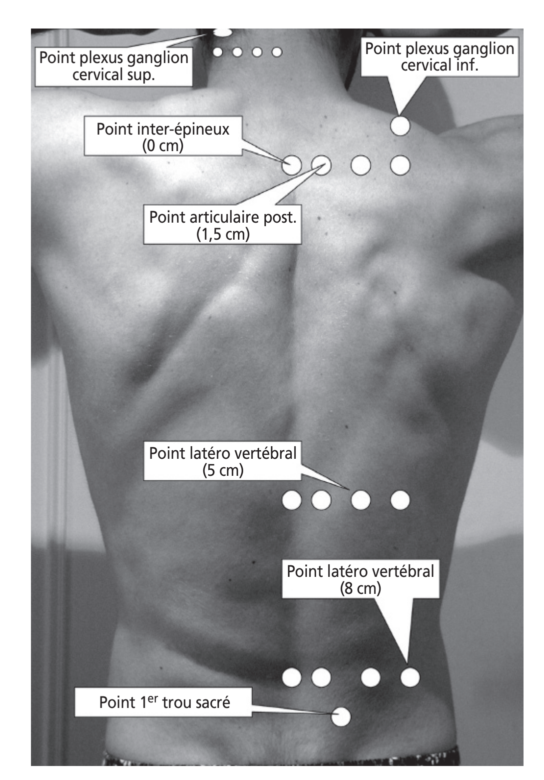
Mélange principal en regard du segment rachidien douloureux, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombaire.

### Rythme

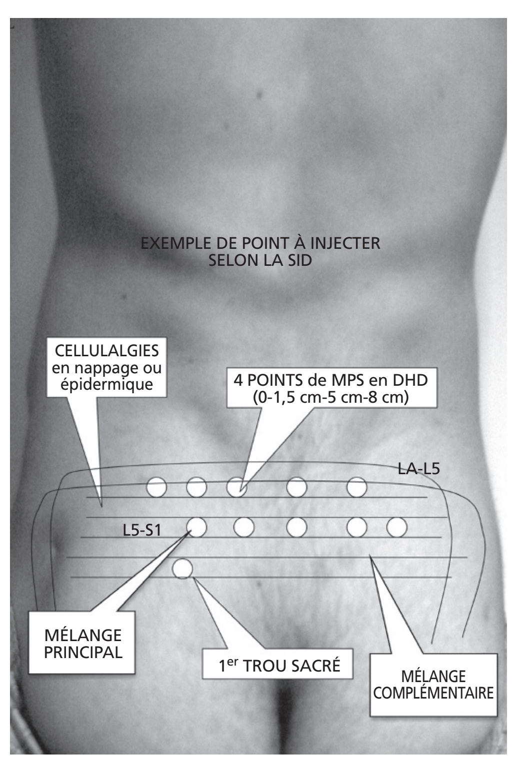
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans mélange principal, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cartographie MPS rachis**




**Lombalgie (rechercher les points douloureux de la SID)**

# Lombalgie neurogène chronique

## MOTS CLÉS

LOMBALGIE NEUROGÈNE – LOMBALGIE – NÉVRALGIE

## DÉFINITION

Douleurs psycho-émotionnelles ressenties sur le rachis lombosacré.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Douleurs neurogènes essentiellement d'origine centrale projetées sur le rachis lombosacré.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur chronique diffuse ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.
Douleur à la pression du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective plus ou moins systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm) et surtout aux points latérovertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).
DND lombosacrées.
Examen rhumatologique et neurologique classiques normaux.
L'échelle du stress anxiété ADP montre une anxiété moderée (1 à 5), moyenne (6 à 10), ou importante (11 à 15) et très importante (16 à 24) ( *cf* fiche outils p. 367).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard : normales ou signes d'arthrose lombaire.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur les segments rachidiens en souffrance, et surtout mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire et les points réflexes anti-stress.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + amitriptyline (0,5 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points des segments rachidiens en souffrance.
Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorso-lombosacré :
Lidocaïne 1 % (2 cc) + amitriptyline (0, 5 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

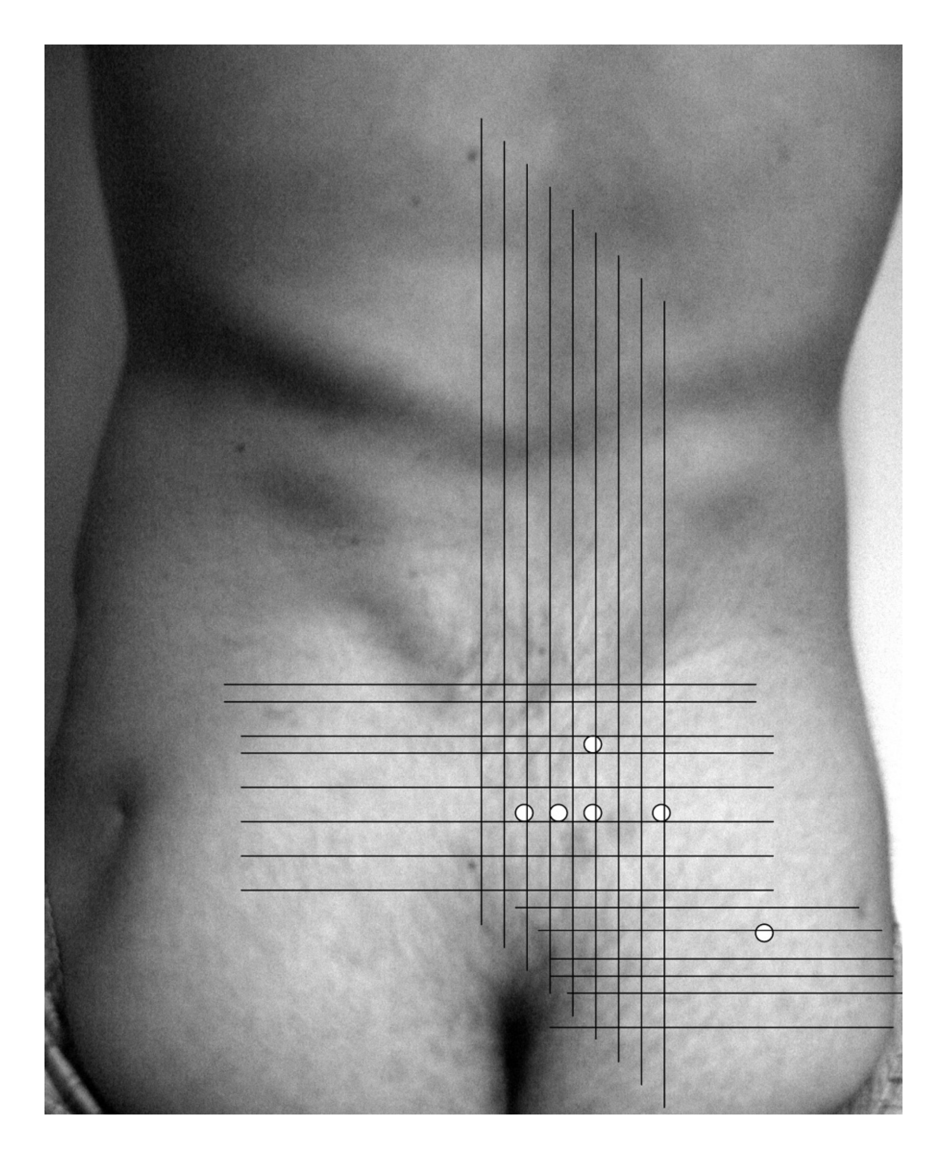
Mélange principal en regard des segments rachidiens en souffrance, et mélange complémentaire en regard du rachis dorso-lombosacré et des points anti-stress.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Relaxation simplifiée (type relaxation fonctionnelle).



**Lombalgie neurogène chronique**

# Lombalgie post-opératoire d'origine fibrosique

## MOTS CLÉS

LOMBALGIE – FIBROSE – POSTCHIRURGIE

## DÉFINITION

Le traitement par mésothérapie permet une action locale sur la fibrose cicatricielle du tissu cutané, postchirurgical.
Suite à une chirurgie discale (nucléotomie) et dans les cas de fibrose cicatricielle, baptisée souvent de « récidive d'hernie ».

## PHYSIOPATHOLOGIE

Mauvaise cicatrisation, réparation tissulaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Examen habituel des lombalgiques.
Douleurs lombaires, transversales, pouvant irradier sur les fesses.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

IRM montrant la fibrose à recontrôler à 6 mois et 12 mois.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

DHD, IDP, IDS nappage, IED épidermique.

### Mélange principal

- vitamine E 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc.

### Mélange complémentaire

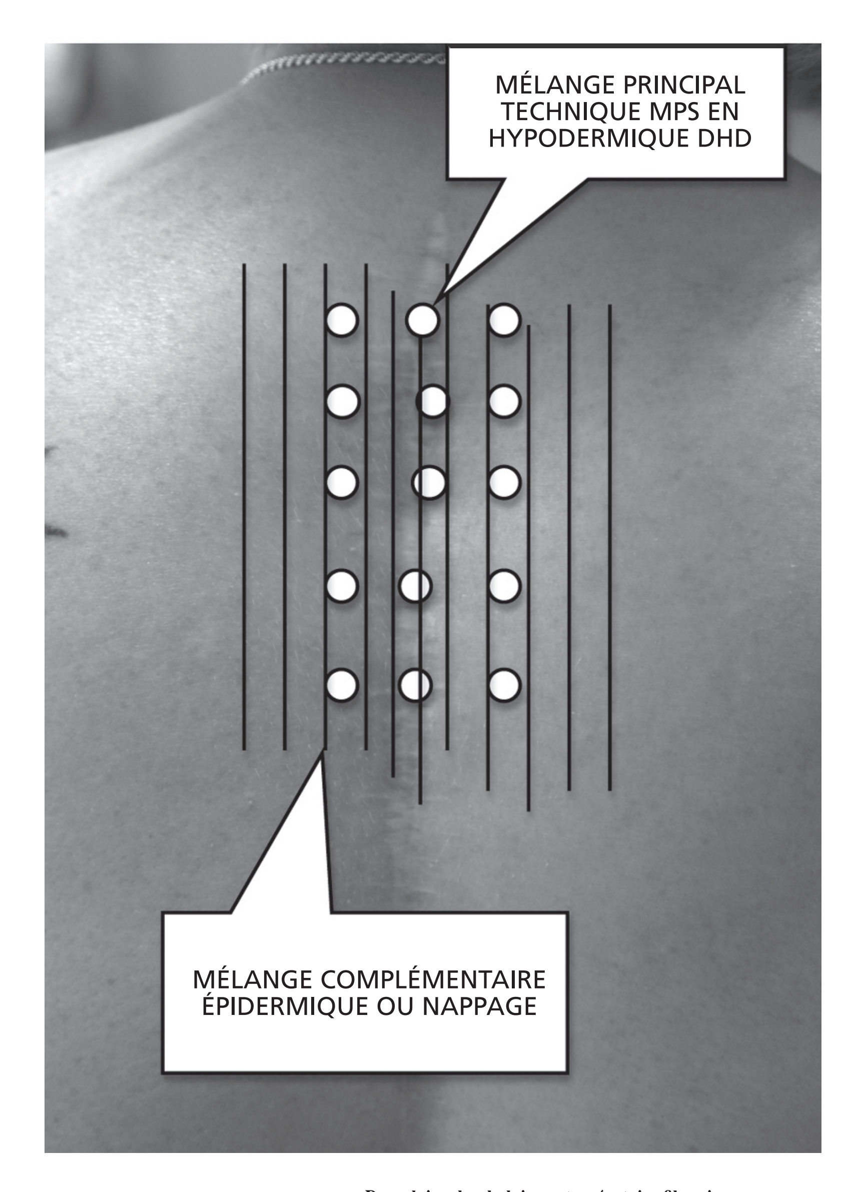
Si contracture :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 2 cc.

### Zones d'application

Avec le mélange principal, utiliser la MPS axée sur les points interépineux et apophyse postérieure, en DHD à 0 et 1,5 cm, et le long de la cicatrice chirurgicale et terminer par un nappage ou épidermique avec le mélange complémentaire.

### Rythme

J0, J7, J14 puis 1 fois par mois pendant 6 à 12 mois, selon le contexte et selon les résultats cliniques et radiologiques (IRM).




**Dorsalgie – lombalgie post-opératoire fibrosique**

L'association de produits défibrosants déposés localement et directement dans la lésion est le grand plus de la mésothérapie.
La pentoxifylline et la vitamine E forment un complexe défibrosant majeur que nous constatons cliniquement depuis longtemps et que de nombreux chercheurs développent depuis peu. Nous avons été les précurseurs comme dans beaucoup de cas en mésothérapie, cela vient du fait que nous axons nos recherches sur les résultats cliniques avant tout.

# Lombosciatique commune L5

## MOTS CLÉS

LOMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – SCIATIQUE

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine L5 du rachis lombaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine L5, lors d'une arthrose lombaire inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.
Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L4–L5.
Douleur à la pression digitale du 1er trou sacré.
Douleur à la pression digitale sur le trajet de L5 ; DND lombaires.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Scanner, si on suspecte une hernie discale.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L4–L5, sur le 1er trou sacré, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire et le trajet de L5.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien L4–L45 et le point du 1er trou sacré.
Si flush ou nausées, transférer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombaire, et le trajet de L5 : lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED, ou IDS.

### Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L4–L5 et du 1er trou sacré, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombaire et du trajet de L5.

### Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

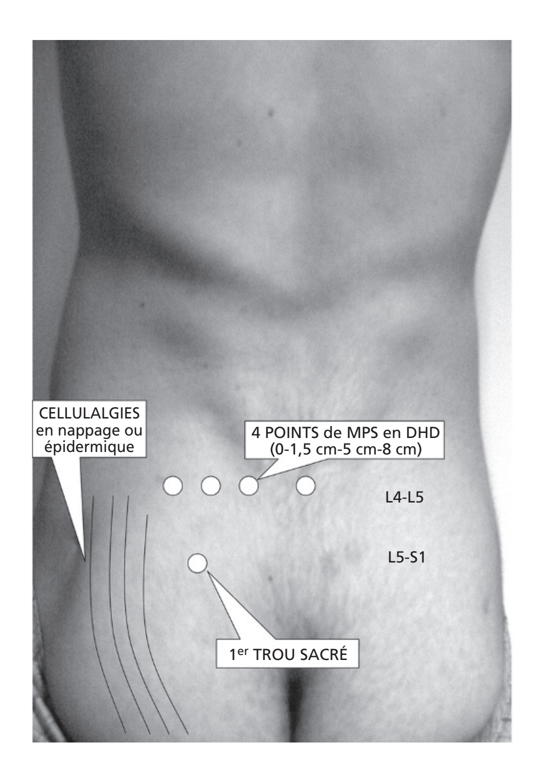
## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.

CARTOGRAPHIE DES S.I.D. DORSO-LOMBAIRES-SACRÉS
ET DE LEURS D.N.D. PÉRIPHÉRIQUES (Mrejen)

D12 L1
L3 L4
L2 L3
L1 L2
L4 L5
L5 S1

**Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leur DND périphériques (d'après Mrejen)**




**Cartographie lombosciatique L5 gauche**




**DND périphériques L4–L5 et L5–S1 (DND = cellulalgie périphérique)**

# Lombosciatique commune S1

## MOTS CLÉS

LOMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – SCIATIQUE – LUMBAGO

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine S1 du rachis lombosacré.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine S1 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.
Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (2 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L5–S1.
Douleur à la pression digitale du 1er trou sacré, douleur à la pression digitale sur le trajet de S1.
DND lombosacrées.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.
Scanner, si on suspecte une hernie discale.
IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en (DHD) sur le segment rachidien L5–S1, sur le 1er trou sacré, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire et le trajet de S1.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien L5–S1 et le point du 1er trou sacré.
Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de S1 :
lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

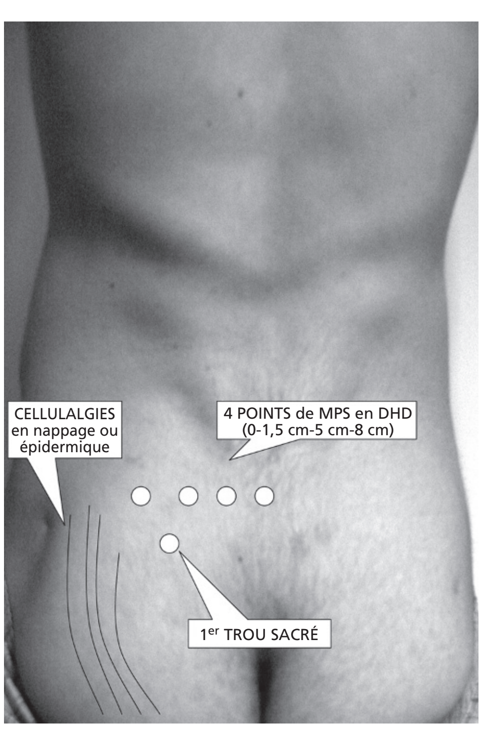
Mélange principal en regard des segments rachidiens L5–S1 et du 1er trou sacré, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de S1.

### Rythme

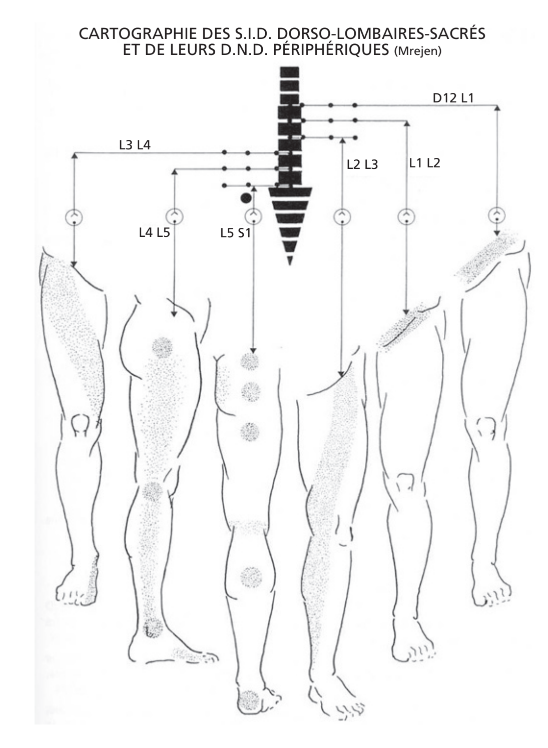
J1, J5, J10 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Cartographie lombosciatique S1 gauche**




**Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leur DND périphériques (d'après Mrejen)**




**DND périphériques L4–L5 et L5–S1 (DND = cellulalgie périphérique)**

# Lumbago (lombago)

## MOTS CLÉS

LUMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – LOMBAGO

## DÉFINITION

Poussée aiguë douloureuse neuromusculaire du rachis lombosacré.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Conflit neuromusculaire mécanique douloureux lombaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Contractures douloureuses spontanées au niveau lombaire.
Douleur à la pression du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm) et surtout latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane du rachis lombaire).
DND lombosacrées.
Examens rhumatologique et neurologique classiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard : normales ou signes de l'arthrose lombaire.
Scanner, si on suspecte une hernie discale.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L4–L5 et ou L5–S1, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tous les muscles du rachis lombaire.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + thiocolchicoside (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien L5–S1 et le point du 1er trou sacré.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorso-lombosacré :
lidocaïne 1 % (2 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + thiocolchicoside (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

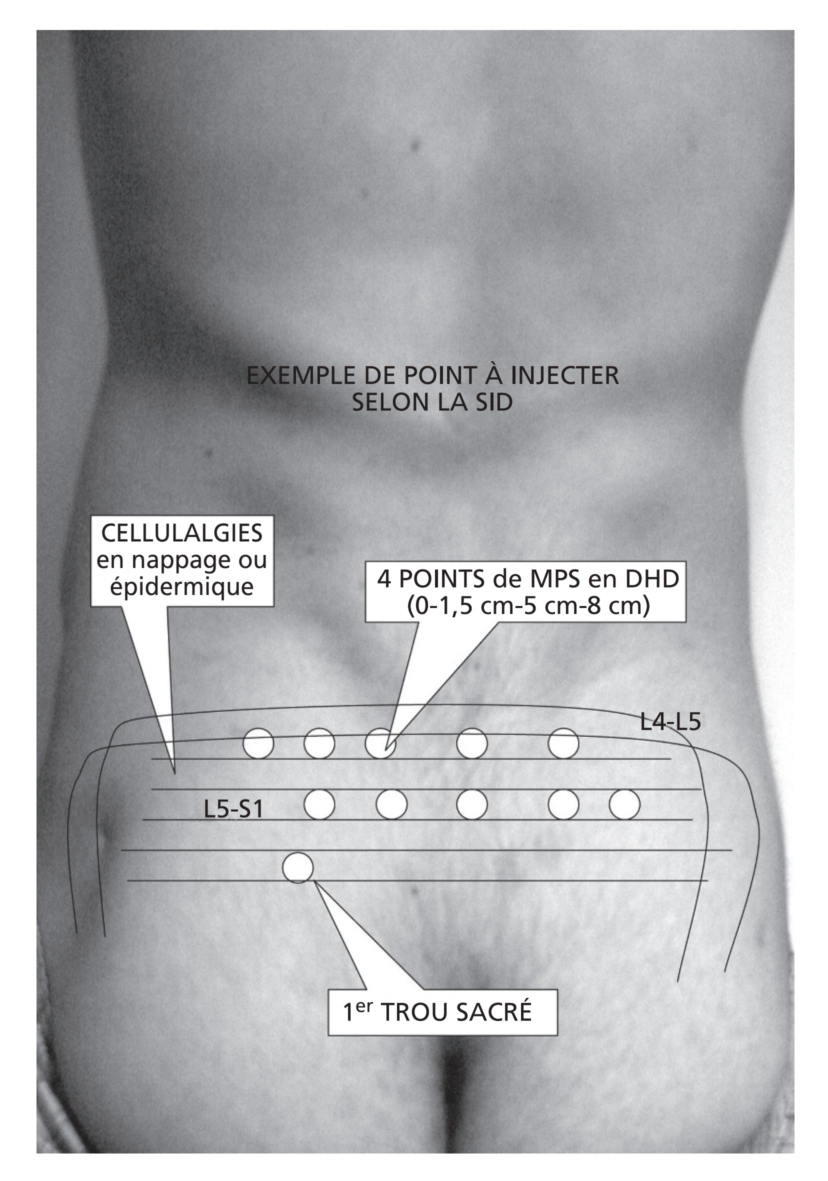
Mélange principal en regard des segments rachidiens L5–S1 et L4–L5 et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorso-lombosacré.

### Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation.




**Lumbago**

Rechercher les points MPS douloureux à injecter.

# Lymphangite mammaire

## MOTS CLÉS

MÉSOVACCINATION –LYMPHANGITE MAMMAIRE

## DÉFINITION

Douleurs inflammatoires mammaires au cours de l'allaitement ou non.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Phénomènes inflammatoires survenant au cours de l'allaitement maternel.

## EXAMEN CLINIQUE

Élimination d'une infection déclarée.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Biologie éventuelle.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Mélange complémentaire

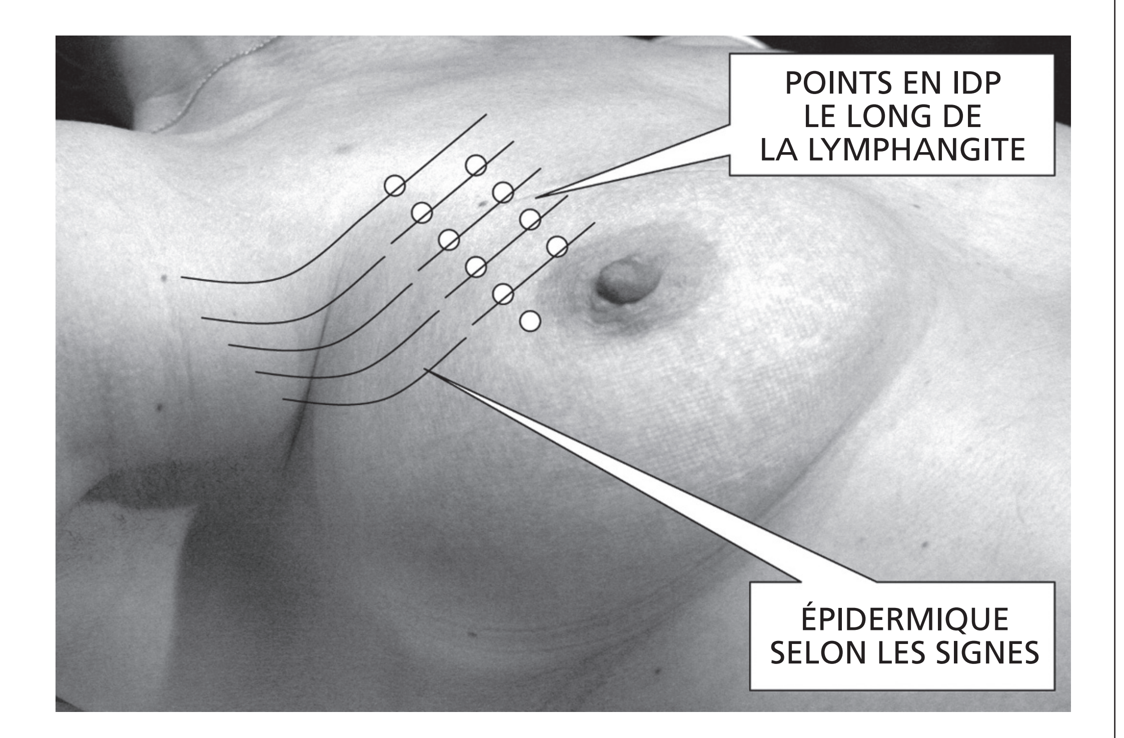
En dehors de l'allaitement :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- piroxicam 1 cc.

### Zones d'application

Aire mammaire et zones de diffusion axillaire.

### Rythme

J1, J3, J7.




**Lymphangite mammaire**

Traitement particulièrement efficace, à essayer.
Le résultat doit être rapidement résolutif. Sinon, réévaluer l'indication du traitement mésothérapique.

# Lymphœdème

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE – LYMPHŒDÈME – INSUFFISANCE VEINEUSE

## DÉFINITION

Trouble lymphatique primaire ou secondaire à type d'œdème plus ou moins inflammatoire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Insuffisance lymphatique primaire ou suite de chirurgie ou de radiothérapie.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes.
Élimination de signes infectieux.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan spécialisé éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Mélange complémentaire

Si trouble trophique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS : axes veino-artériels et zone œdémateuse.

### Rythme

J1, J7, J30 puis 1 fois par mois.




**Lymphœdème des bras**

L'efficacité est bonne et nécessite souvent des séances rapprochées. Intérêt dans les lympœdèmes du membre supérieur après curage axillaire (chirurgie du sein), du cou postchirurgie ou radiothérapie, d'autant plus que le traitement est entrepris précocement après la chirurgie.

# Maladie de Dupuytren de stade I et II

## MOTS CLÉS

DUPUYTREN – FIBROSE

## DÉFINITION

Rétraction scléro-atrophique des gaines synoviales palmaires.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus scléro-atrophique entraînant un épaississement nodulaire de la face palmaire de la main et des doigts.

## EXAMEN CLINIQUE

Noyaux fibreux à la palpation digitale de la face palmaire de la main.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

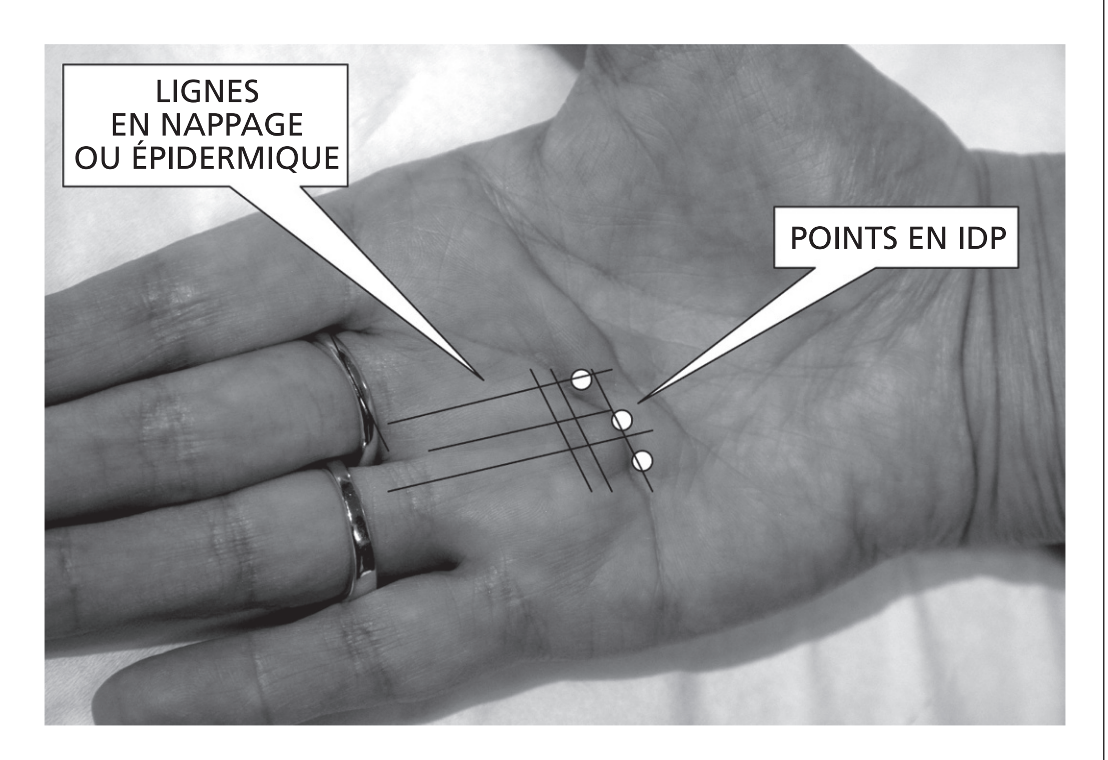
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

Mélange principal en regard du ou des nodules existants et mélange complémentaire en regard de la face antérieure de la main.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.




**Tendinopathie de Dupuytren**

# Maladie de Morton en phase aiguë

## MOTS CLÉS

MORTON – CANAL CARPIEN – NÉVRALGIE

## DÉFINITION

Irritation du nerf digital à la partie antérieure de l'espace intermétatarsien.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Hypertrophie nodulaire ou fusiforme du nerf interdigital à type de névrome.

## EXAMEN CLINIQUE

Métatarsalgies paroxystiques survenant à la marche.
Douleur à la pression digitale de l'espace intermétatarsien.
Douleur à la flexion plantaire forcée des orteils.
Douleur à l'extension latérale forcée des têtes des métatarsiens.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + étamsylate (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + étamsylate (1 cc) en IED.

### Zones d'application

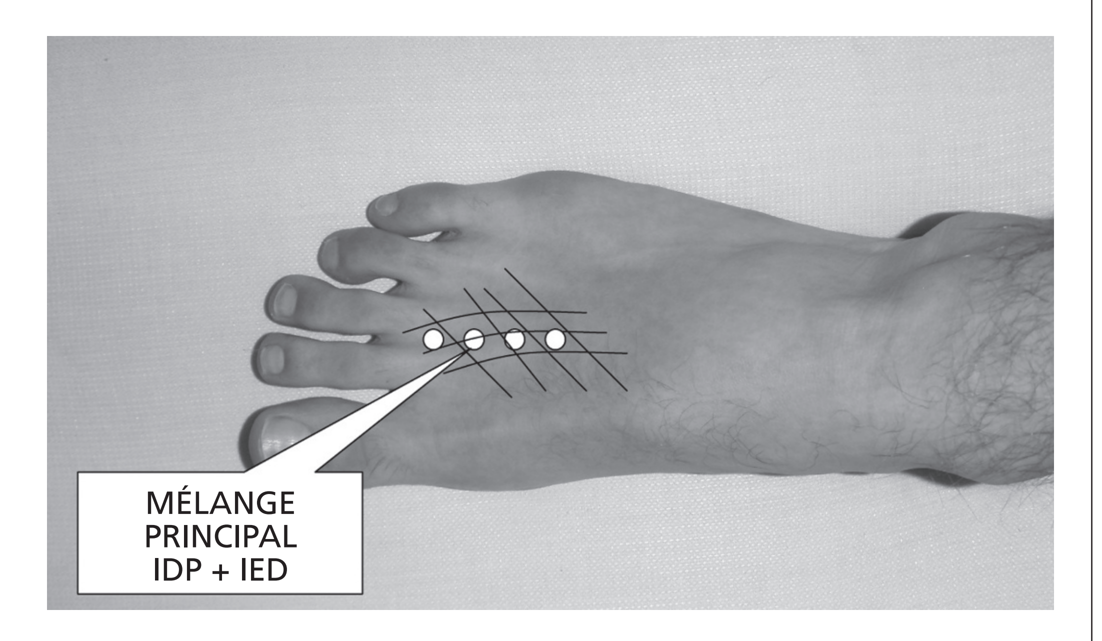
Mélange principal en regard de l'espace intermétatarsien et mélange complémentaire en regard de l'avant-pied.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèses plantaires.




**Maladie de Morton en phase aiguë**

# Maladie de Morton en phase chronique

## MOTS CLÉS

MORTON – CANAL CARPIEN – NÉVRALGIE

## DÉFINITION

Irritation du nerf digital à la partie antérieure de l'espace intermétatarsien.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Fibrose englobant le nerf interdigital avec adhérence à la bourse séreuse intercapito-métatarsienne hypertrophique.

## EXAMEN CLINIQUE

Métatarsalgies paroxystiques survenant à la marche.
Douleur à la pression digitale de l'espace intermétatarsien.
Douleur à la flexion plantaire forcée des orteils.
Douleur à l'extension latérale forcée des têtes des métatarsiens.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Électromyogramme, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Calcitonine 100 UI (1 cc) + pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) en IDP + IED.

### Zones d'application

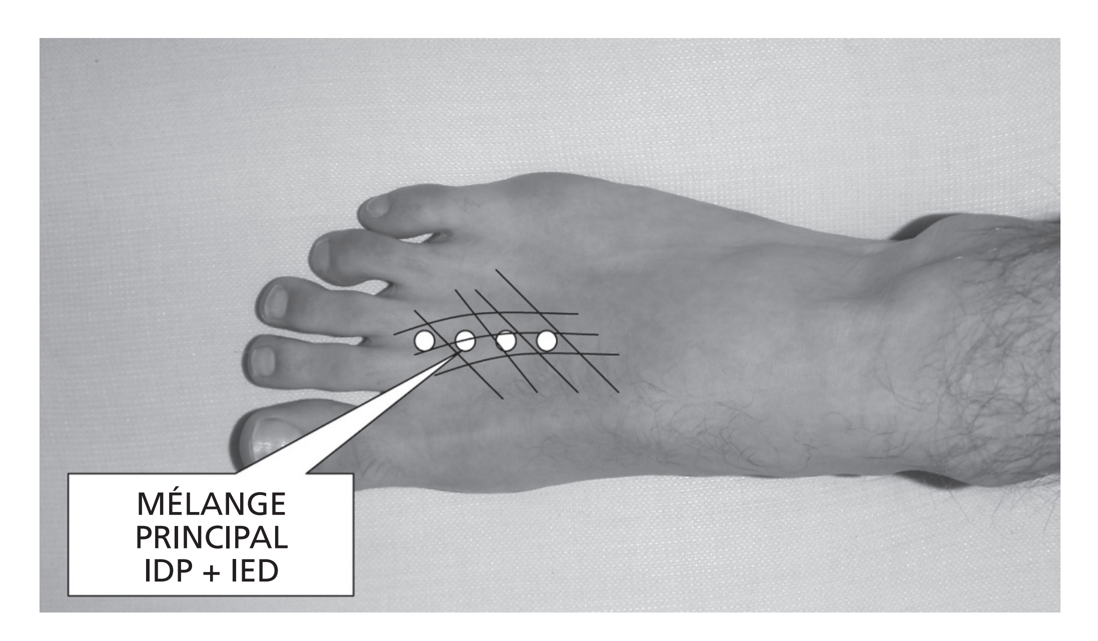
Mélange principal en regard de l'espace intermétatarsien en IDP et en regard de l'avant-pied en IED.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Orthèses plantaires.




**Maladie de Morton en phase chronique**

# Mastose

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION MAMMAIRE – DYSFONCTION HORMONALE – MASTOSE

## DÉFINITION

Douleurs périodiques mammaires du quadrant externe à type d'œdème et de tension, en l'absence de lésion organique tumorale, dans le cadre d'une dysfonction.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Œdème hormono-dépendant ou circulatoire.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des zones de tension et des zones cellulopathiques.
Recherche de cause organique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan spécialisé éventuel, mammographie, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS.

### Mélanges principaux

En phase chronique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

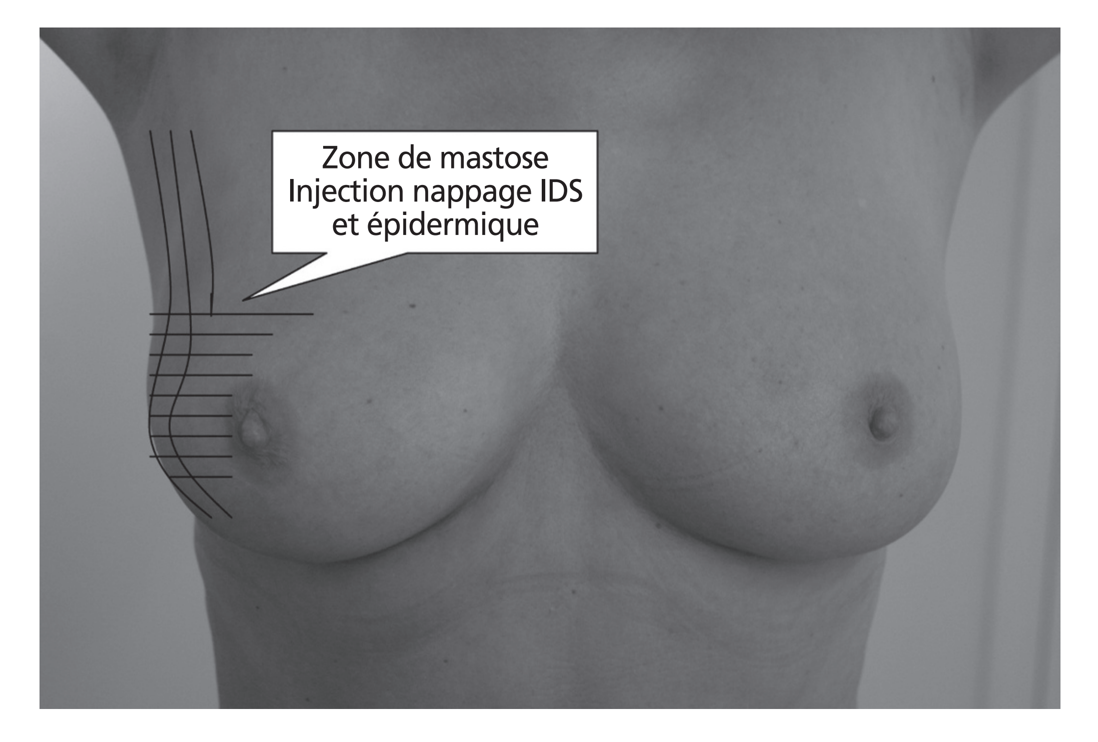
En phase aiguë :
- lidocaïne 1 % 3 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc.

### Zones d'application

Aire mammaire et zones de diffusion éventuelle.

### Rythme

J1, J7, J15 et en cas de douleurs.




**Mastose : cartographie mammaire**

Traitement particulièrement efficace, à essayer pour rechercher et traiter des troubles vertébraux souvent intriqués.

# Mésolift anti-âge

## MOTS CLÉS

MÉSO-ÂGE – MÉSOMASK – ANTIOXYDANT – RÉJUVÉNATION – MÉSOLIFT ANTI-ÂGE – MÉSOLIFT – MÉSOMASQUE

## DÉFINITION

Traitement du visage par mésothérapie en injectant des produits antioxydants et vasodilatateurs, dans le but de prévenir et traiter le vieillissement cutané.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Effet antiradicalaire et microcirculatoire.

## EXAMEN CLINIQUE

Appréciation de l'état trophique de la peau.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage ou IED épidermique.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

Ou :

- procaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- *Conjonctyl®* 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

Ou :

- procaïne 2 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- *Cernevit®*, *Soluvit®* ou *Vitalipid®* 2 cc.

### Zones d'application

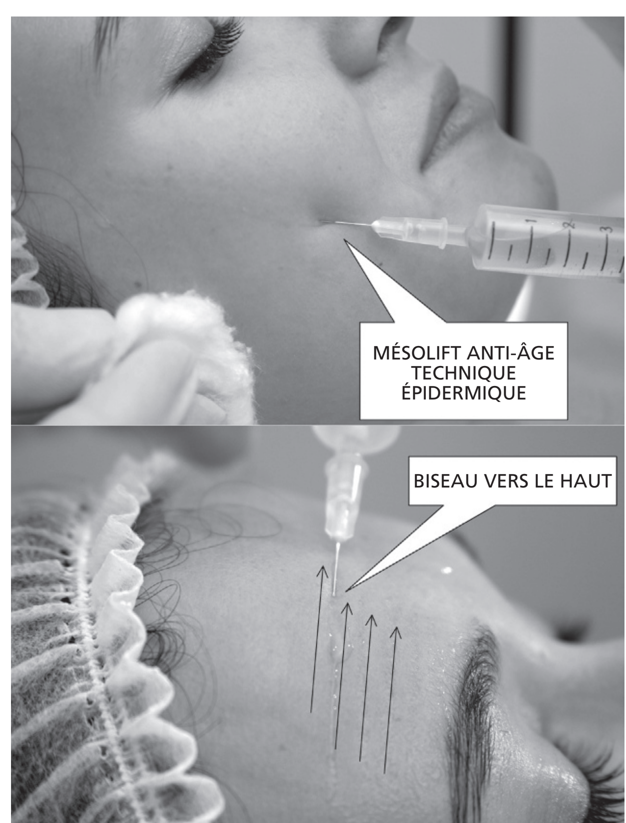
Visage, cou, décolleté.

### Rythme

1 fois par mois 3 fois, puis tous les 2 à 3 mois.




**Mésolift anti-âge multivitaminé et vasodilatateur**




**Mésolift du cou et du décolleté**

Traitement simple et peu coûteux. Coup d'éclat et anti-âge assurés.

# Mésolift comblant

## MOTS CLÉS

MÉSOMASK – COMBLEMENT – LIPOLIFT – MÉSO-ÂGE – ANTI-ÂGE – MÉSOLIFT – ACIDE HYALURONIQUE

## DÉFINITION

Traitement de mésothérapie du visage par injections superficielles d'acide hyaluronique non réticulé.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Effet d'hydratation cutanée et de microcomblement. Stimulation de la croissance fibroblastique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Nappage IDS ou papules.

### Mélange principal

Acide hyaluronique non réticulé (marquage CE) à utiliser pur.

### Mélanges complémentaires

Poursuivre la séance avec un mésolift anti-âge :

- procaïne 2 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

Ou :

- procaïne 2 % 2 cc ;
- magnésium 2 cc ;
- *Conjonctyl*® 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

Ou :

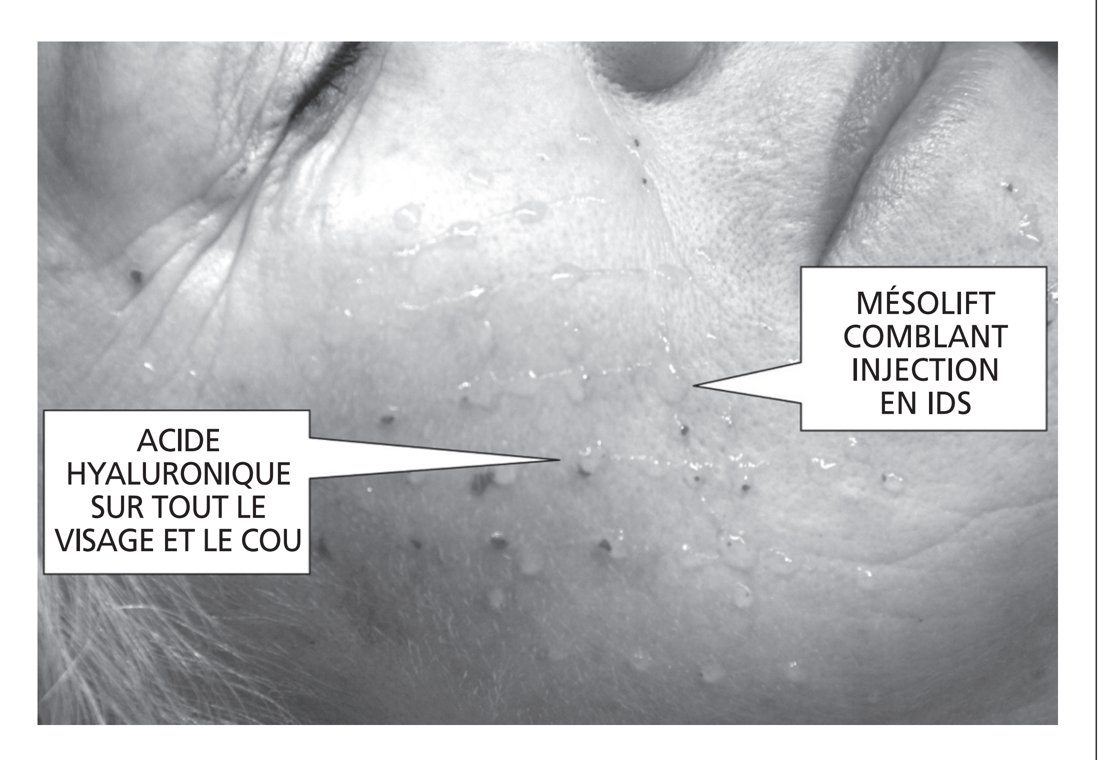
- procaïne 2 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® 2 cc.

### Zones d'application

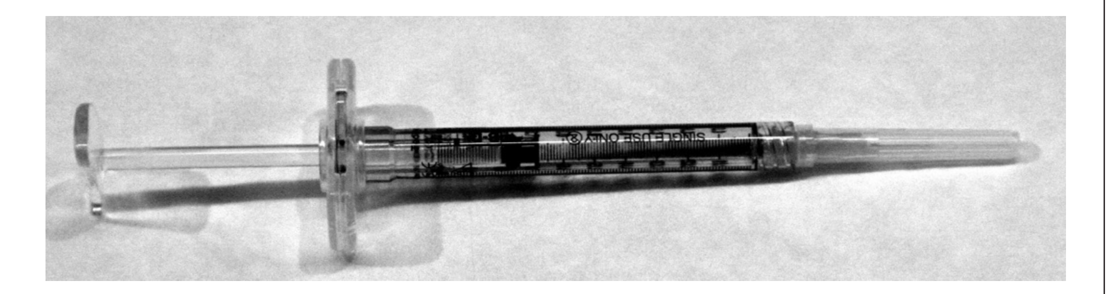
Visage, cou, décolleté.

### Rythme

1 fois par mois pendant 2 à 3 mois, puis tous les 3 mois.




**Mésolift comblant – acide hyaluronique**




**Seringue d'acide hyaluronique**

Il semble préférable de ne pas diluer l'acide hyaluronique avec d'autres produits.

# Mésolipolift- mésoréjuvénation

## MOTS CLÉS

MÉSOLIFT – LIPOLIFT – LIPODRAIN

## DÉFINITION

Il s'agit d'un nouveau concept de mésolift, qui vient s'ajouter aux mésolifts comblants et anti-âge. Son principe est de favoriser la fabrication de collagène par l'inflammation, de permettre une lipolyse et d'améliorer la tension cutanée.

## PHYSIOPATHOLOGIE

L'inflammation est le seul moyen de refabriquer le collagène, c'est le principe de la photoréjuvénation des lasers. Nos produits ne devront pas ralentir la fibrose et donc cet effet de photoréjuvénation ou ici de mésoréjuvénation. Or, nous savons que toutes les vitamines, les AINS, la pentoxifylline ont un effet défibrosant, il faudra donc ne pas les utiliser dans cette technique, du moins en profondeur.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Rétrotraçante et IDP et faire suivre par un massage drainant actif.

### Mélange principal

En technique profonde :
- lidocaïne 1% 2 cc ;
- eau ppi 8 cc.

### Mélange complémentaire

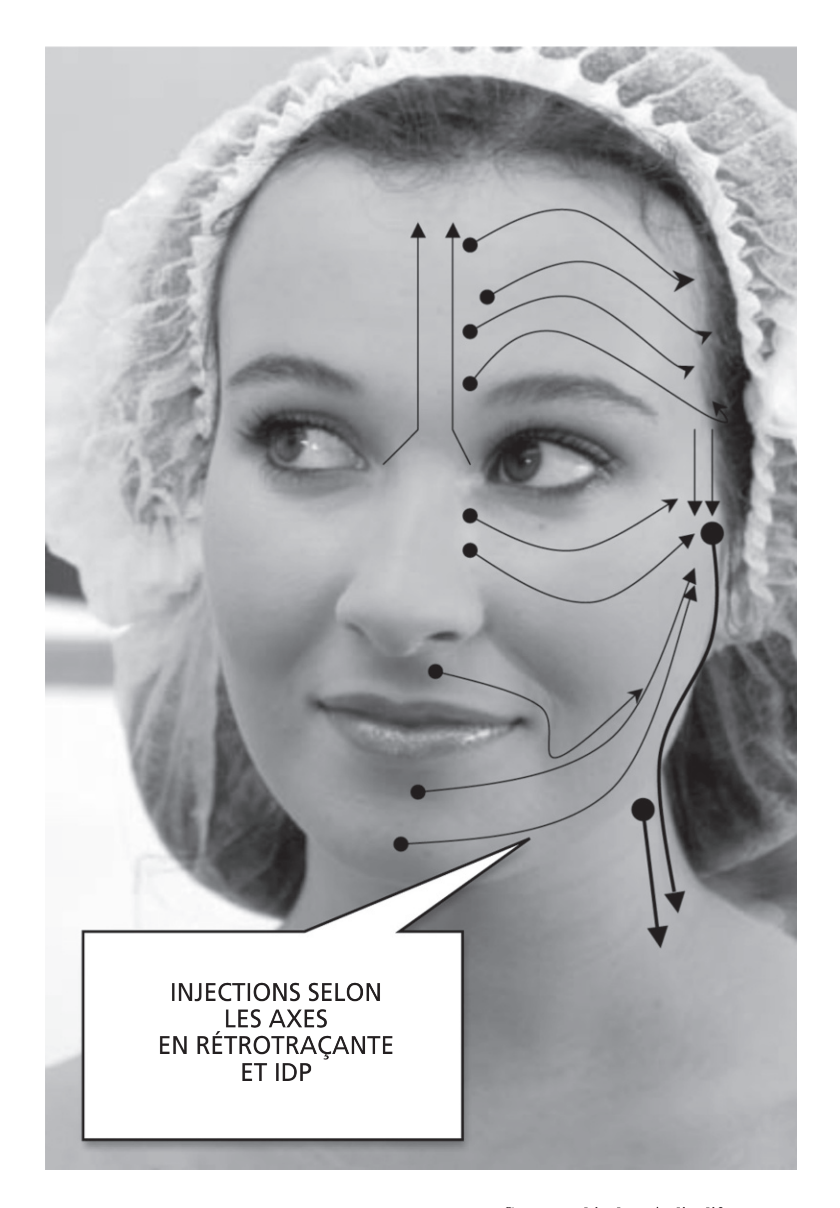
Associer ou alterner avec un lipodrain en technique superficielle.

### Zones d'application

Injecter toutes les zones de la face et du cou, en insistant sur les régions les plus relâchées.

### Rythme

Une séance tous les 1 à 3 mois.




**Cartographie du mésolipolift**

Ce traitement est très intéressant et a le mérite d'agir préventivement et curativement. Il montre aussi l'intérêt de cumuler plusieurs effets avec plusieurs profondeurs d'injection et plusieurs techniques, effet mésoréjuvénation, drainant, antioxydant, défibrosant, lipolytique et hydratant.

# Mésomask antioxydant

## MOTS CLÉS

MÉSOLIFT – MÉSO-ÂGE – COMBLEMENT – ANTI-ÂGE – ACNÉ – PEELING – MÉSOPEEL – MÉSOMASK – MÉSOMASQUE

## DÉFINITION

Technique permettant de potentialiser l'effet des mésolifts (comblant ou anti-âge) et de faire pénétrer des produits topiques appliqués préalablement sous le masque.

## EXAMEN CLINIQUE

Appréciation état trophique de la peau.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Application de produits topiques sur la peau.
Pose du masque.
Injections en nappage IDS et IED.

### Mélanges principaux

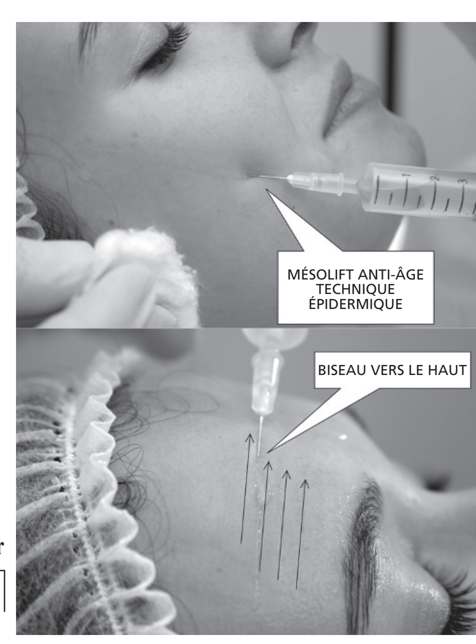
Masque thermique antioxydant → effet anti-radicalaire et vasodilatateur.
Produits mésolifts :
- 1. cosmétique ou topique : crème antioxydant ou acide hyaluronique ou vitamine A acide ;
- 2. masque antioxydant thermique – mésomask AOX® ;
- 3. mésolift comblant ;
- 4. mésolift anti-âge.

### Zones d'application

Visage, cou, décolleté.

### Rythme

1 fois tous les 3 mois.




**Mésolift anti-âge multivitaminé et vasodilatateur**




**Mésolift du cou et du décolleté**



**Pose du mésomasque antioxydant thermique avant mésolift**

Soin complet très actif.

# Mésostimulation

## MOTS CLÉS

MÉSOVACCINATION – ANERGIE – MÉSOSTRESS – INFLAMMATION CHRONIQUE – MÉSOFORM – MÉSOSTIMULATION

## DÉFINITION

C'est le renforcement immunitaire du terrain anergique ou hypoergique par stimulation des défenses, appelé aussi mésoform.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Baisse des défenses immunitaires.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan biologique éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED
Nappage IDS, papule.
IDP.

### Mélanges principaux

1. Mélange immunisant :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pilodate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

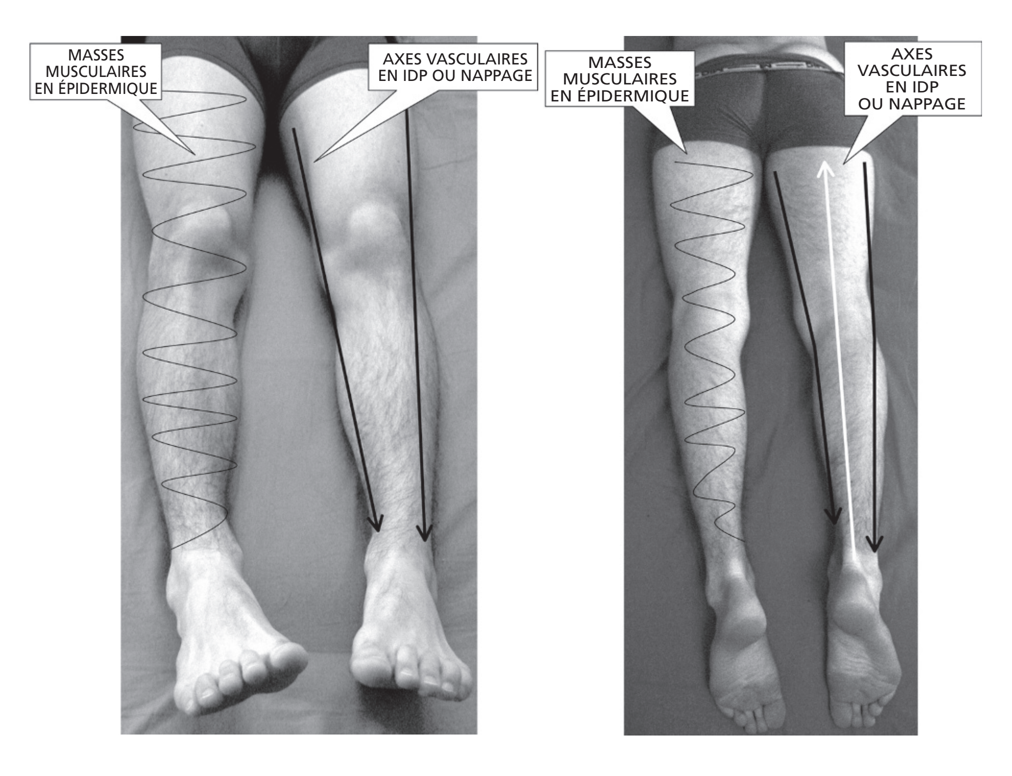
2. Mélange stimulant :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pilote de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® 2 cc.

### Zones d'application

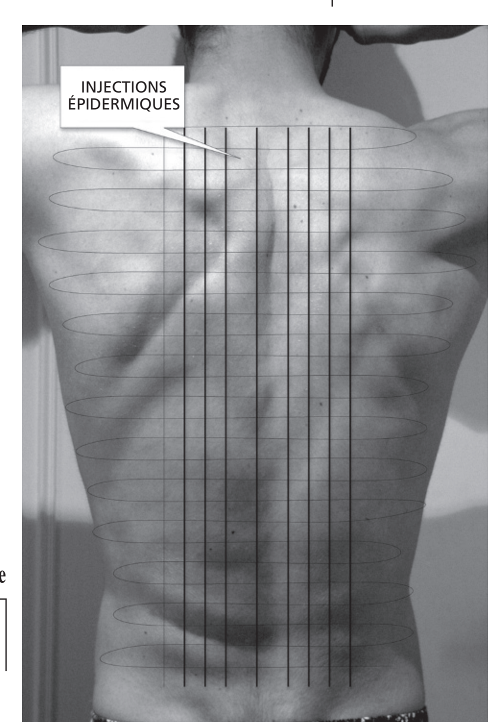
Mélange 1 → points de la mésovaccination.
Mélange 2 → sur masses musculaires, rachis, membres inférieurs et thorax.

### Rythme

J1, J7, J14 et tous les 3 mois.




**Cartographie des jambes-mésostimulation**




**Mésostimulation dorsale**

Intérêt particulier chez le sportif d'endurance (marathonien par exemple) avant la compétition.

# Mésothérapie tissulaire préventive

## MOTS CLÉS

CICATRICE – INFLAMMATION – ŒDÈME

## DÉFINITION

Acte chirurgical de la tête, de la face et du cou.
Traitement pré-opératoire ; post-chirurgical précoce ou à distance.

## PHYSIOPATHOLOGIE

En pré-opératoire (en cas d'acte prévisible sans notion d'urgence) : préparation des tissus à l'intervention par ré-harmonisation de la vascularisation, de l'inflammation, de la tension tissulaire.
En post-opératoire précoce (à partir du 4e jour postopératoire : début de la phase de prolifération, granulation, contraction) : réduction des phénomènes douloureux et inflammatoires, aide à l'accélération de la cicatrisation.
En post-opératoire tardif : réduction des phénomènes douloureux et inflammatoires, aide à l'accélération de la cicatrisation (remodelage, maturation).

## EXAMEN CLINIQUE

En pré-opératoire : recherche des tensions et inflammations tissulaires.
En post-opératoire : recherche des phénomènes inflammatoires, douloureux, hématiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Souvent inutiles.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie, lignes espacées de 2 à 3 mm, parfois croisées.
Désinfection PARFAITE surtout en postopératoire précoce.

### Mélanges principaux

Préparation pré-opératoire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- calcitonine de saumon 100 UI 1 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

Si saignement, œdème postopératoire précoce :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- arnica 4 DH 2 cc.

Postopératoire tardif (même plusieurs années) :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc.

Postopératoire tardif (même plusieurs années) avec tissus atones :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

### Mélange complémentaire

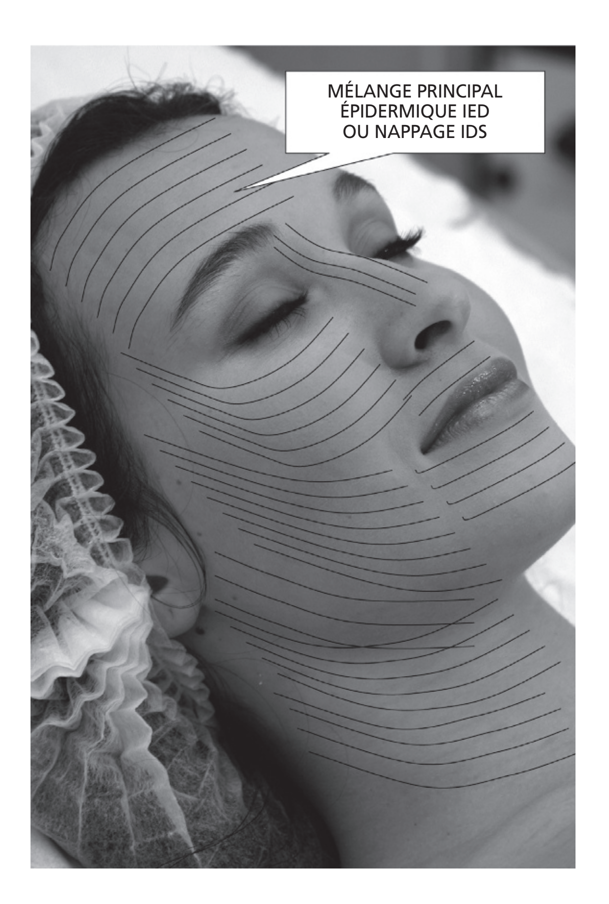
Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

## Zones d'application

Loco dolenti en débordant largement la zone.

## Rythme

J1, J8 pré-opératoire puis 1 fois par semaine pendant trois à quatre séances en post-opératoire.




**Chirurgie de la face**

La mésothérapie apporte un confort exceptionnel à la chirurgie de la tête, face et cou.
Grâce au traitement pré-opératoire, les tissus retrouvent une bonne trophicité.

Grâce au traitement postopératoire précoce (à partir du 4e jour postopératoire, début de la phase de prolifération, granulation, contraction), les douleurs s'estompent rapidement, l'œdème régresse.
Grâce au traitement postopératoire tardif (remodelage, maturation), la cicatrisation se termine et les tissus retrouvent une bonne trophicité et une antalgie.
La mésothérapie apporte des effets positifs même très tardivement (plusieurs années) après l'intervention.

# Migraine

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE – CÉPHALÉE OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE – NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU – NÉVRALGIES D'ARNOLD – MIGRAINE

## DÉFINITION

Trouble douloureux pariétotemporal, frontal, ophtalmique ayant pour cause un orage vasculaire veineux endocrânien.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Une brusque vasodilation des veines, par altération du système nerveux périphérique, provoque des céphalées plus ou moins violentes des régions temporale, frontale, maxillaire, ophtalmique. La sérotonine et la noradrénaline paraissent impliquées dans le phénomène.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des zones cellulopathiques faciales.
Recherche des points de tension cervicale et des points douloureux de la face.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si douleur aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélange complémentaire

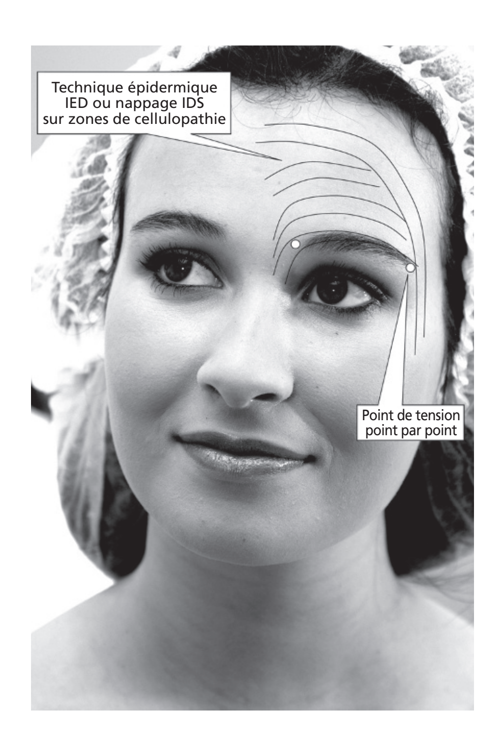
Si tension musculaire simple :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

### Zones d'application

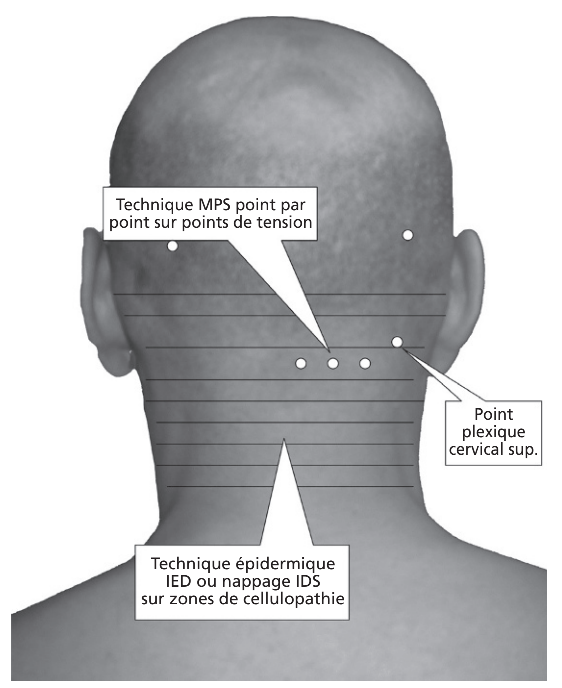
Cellulopathies de la face.
Points douloureux de la face et du rachis cervical.
Point plexique cervical supérieur (mastoïdien).

### Rythme

J1, J14, J30. Ne pas surtraiter, surtout en crise.




**Migraine – face antérieure**




**Migraine – face postérieure**

Les migraines sont une bonne indication au traitement mésothérapique.

Celui-ci peut s'appliquer en crise, en veillant à ne pas surtraiter le patient (ne pas injecter trop de médicaments en quantité, ne pas trop stimuler la peau ou les points douloureux) et en traitement de fond en proposant une détente et une régulation de l'équilibre neurovégétatif (mésostress).

# Névralgie d'Arnold

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE – CÉPHALÉE OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE – NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU – NÉVRALGIES D'ARNOLD

## DÉFINITION

Douleurs névralgiques occipitopariétales dites d'Arnold, irradiant vers la région pariétotemporale.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux profonds avec irritation de la branche postérieure sensitive de la racine cervicale C2 provoque une dysesthésie souvent unilatérale, rarement bilatérale.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche fine des cellulopathies pariétotemporales par frottement doux du cuir chevelu (signe du shampooing), d'un point précis douloureux et déclenchant la douleur sur l'émergence de la branche postérieure de la racine C2 et des points de détente musculaires occipitaux.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies du rachis cervical de face, profil et 3/4, clichés centrés sur le disque C2 et C3, si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.
Scanner cervical avec reconstruction du rachis et des vertèbres en images 3D.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Nappage IDS sur cellulopathie (le nappage est indiqué dans le cuir chevelu).
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

Si douleur neuropathique :
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélanges complémentaires

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

Si tension musculaire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

## Zones d'application

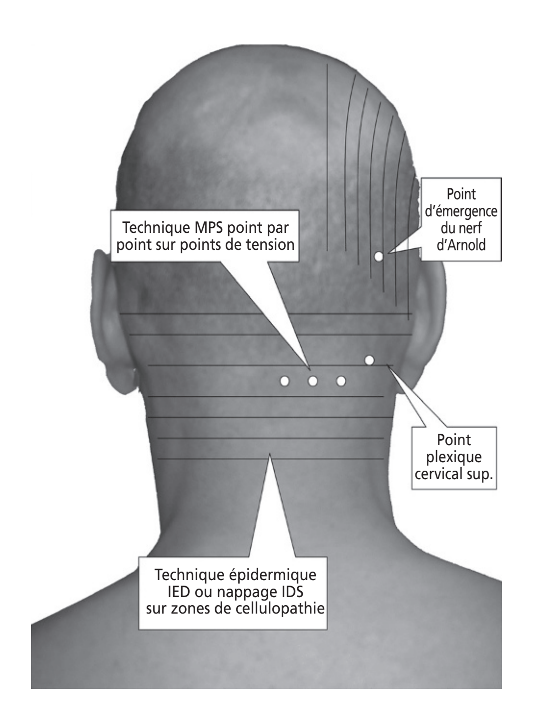
Région occipitopariétale.
Point de sortie du nerf d'Arnold.
Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).
Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

## Rythme

J1, J7, J14.
J1, J4, J8 si trouble très aigu.
Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique encore améliorable par le traitement mésothérapique.




**Névralgie Arnold – face antérieure**




**Névralgie Arnold – face postérieure**

La névralgie d'Arnold est souvent intriquée avec une tension de la partie haute du rachis cervical.
En cas de trouble chronique, il est intéressant d'examiner et de traiter l'ensemble du rachis afin de restaurer une bonne fonctionnalité vertébrale.
La mésothérapie est une technique de choix.

# Névralgie cervico-brachiale commune C6

## MOTS CLÉS

NÉVRALGIE – NCB – DORSALGIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine C6 du rachis cervical.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine C6 lors d'une arthrose cervicale inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical inférieur.
Douleur à la pression du rachis cervical donnant une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment C6–C7.
Douleur à la pression digitale d'un point plexique cervical inférieur à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien.
Douleur à la pression digitale sur le trajet de C6 ; DND douloureuses cervicales.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard : signes de l'arthrose cervicale basse C6–C7.
Scanner.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien C6–C7, sur le plexus cervical inférieur en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis et le trajet de C6.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien C6–C7et le point plexique cervical inférieur.
Si flush ou nausées, déplacer la calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical, et le trajet de C6.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

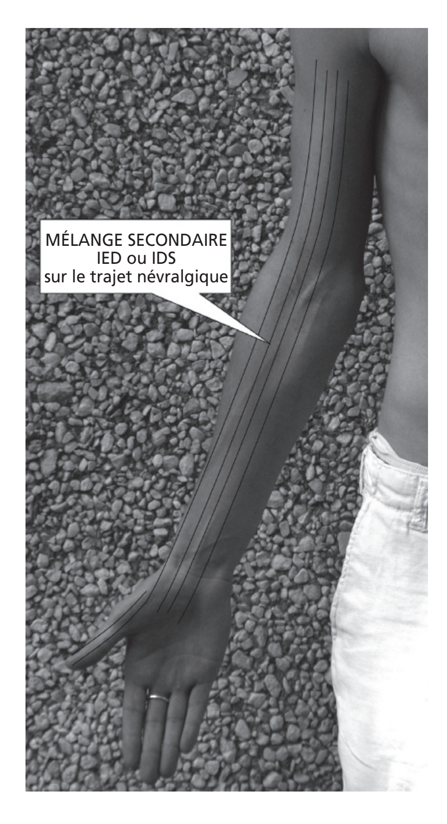
Mélange principal en regard des segments rachidiens C6–C7 et du point plexique cervical inférieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis et du trajet de C6.

### Rythme

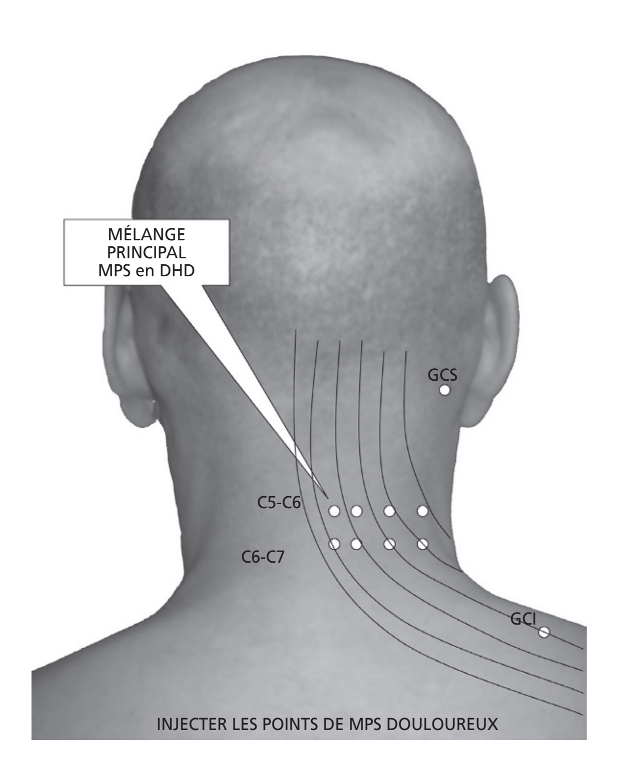
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans l'autre mélange en IED ou IDS.
Rééducation.




**Névralgie cervico-brachiale C6**




**Névralgie cervico-brachiale C6 et C7**

# Névralgie cervico-brachiale commune C7

## MOTS CLÉS

NÉVRALGIE – NCB – DORSALGIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire de la racine C7 issue du rachis cervical inférieur.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de type nociceptif lors d'une arthrose cervicale inférieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical inférieur.
Douleur à la pression du rachis cervical sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) sur le segment C7–D1.
Douleur à la pression digitale d'un point plexique cervical inférieur à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien.
Douleur à la pression digitale sur le trajet de C7 (parfois), DND sur le rachis cervical bas.
Examen rhumatologique et neurologique classique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard : signes d'arthrose C7–D1.
Scanner.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien C7–D1, ainsi que sur le plexus cervical inférieur en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis cervical.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien de la SID, C6–C7 et le point plexique cervical inférieur.
Si flush ou nausées, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical et le trajet de C7.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens C6–C7, du point plexique cervical inférieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical et sur le trajet de C7.

### Rythme

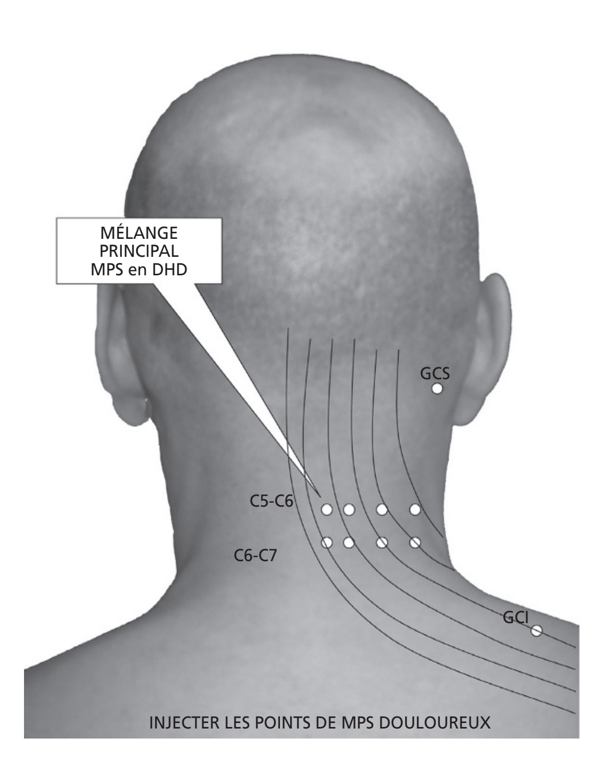
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si on utilise du kétoprofène en mélange principal, déplacer la calcitonine en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.
Rééducation.




**Névralgie cervico-brachiale C7**




**Névralgie cervico-brachiale C6 et C7**

# Névralgie cervico-céphalique commune C2

## MOTS CLÉS

NÉVRALGIE – NCB – DORSALGIE – ARTHROSE

## DÉFINITION

Poussée inflammatoire commune de la racine C2 du rachis cervical supérieur.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussée douloureuse de la racine C2 lors d'une arthrose cervicale supérieure.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à type de céphalée partant du rachis cervical supérieur.
Douleur à la pression du rachis cervical C1–C2–C3, sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de 4 points douloureux avec une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) ; points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) aux étages C1–C2 et C2–C3.
Douleur à la pression digitale de points plexiques à l'intersection supérieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien (plexus cervical supérieur).
Douleur à la pression digitale sur le trajet de C2 (parfois) : trajet en casque.
DND : sur le rachis haut.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en (DHD) sur le segment rachidien C1–C2 et C2–C3, ainsi que sur le plexus cervical supérieur, en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis cervical.

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points du segment rachidien et les points plexiques.
Si nausées ou flush, calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical.
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

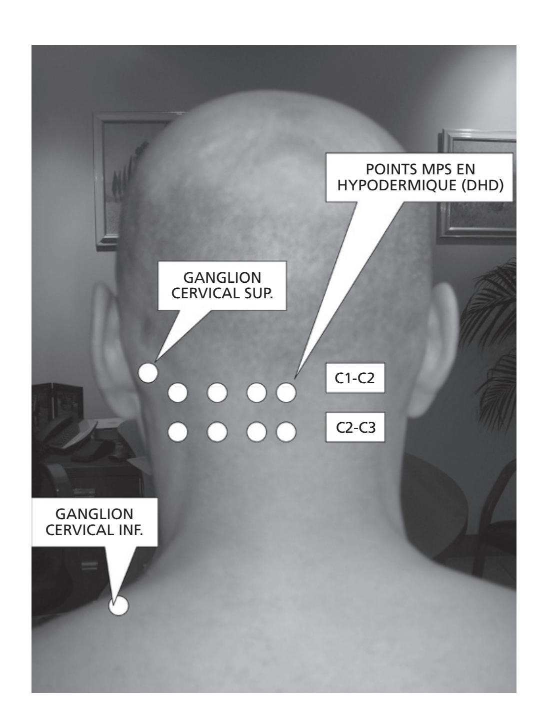
Mélange principal en regard des segments rachidiens C1–C2 et C2–C3, et du point plexique cervical supérieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical.

### Rythme

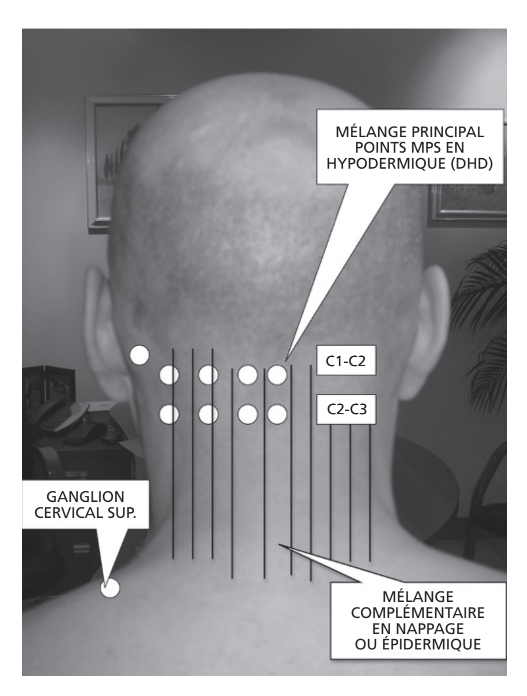
J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si on utilise du kétoprofène en mélange principal, la calcitonine passe en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.
Rééducation.




**Points MPS rachis cervical haut**




**Points MPS rachis cervical haut avec cellulalgies**

# Névralgie du trijumeau

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE – CÉPHALÉE OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE – NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU

## DÉFINITION

Douleur névralgique d'une ou de plusieurs branches du nerf trijumeau (lacrymal, nasal, ophtalmique) sur la face n'ayant pas d'origine tumorale ou infectieuse.

## PHYSIOPATHOLOGIE

L'irritation du nerf trijumeau provoque des sensations douloureuses à type de dysesthésie (hyperesthésie, sensation de brûlure, anesthésie douloureuse, etc.) accompagnées de signes vasomoteurs (larmoiement, gêne visuelle, rhinorrhée…) d'une ou de plusieurs branches du nerf sur son trajet facial.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes locaux de cellulopathies avec troubles vasomoteurs, dysesthésies.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Scanner, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

Si douleur neuropathique :
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

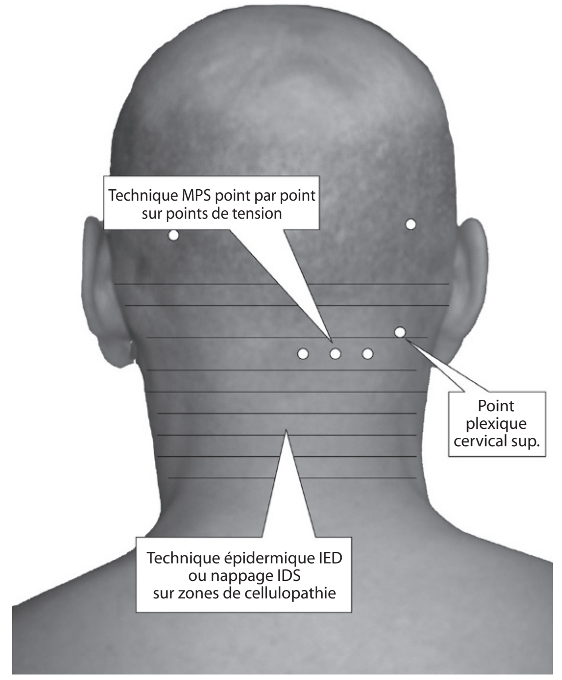
Sur les zones cellulopathiques de la face homo- ou controlatérales.
Sur les points de tension musculaires associés (cervicaux souvent).

### Rythme

J1, J7, J14.




**Névralgie du trijumeau – face antérieure**




**Névralgie du trijumeau – face postérieure**

Les névralgies du trijumeau sont très invalidantes et trouvent un certain soulagement avec le traitement mésothérapique. Il est souvent intéressant d'associer un mésostress au traitement local.

# Ostéochondrose forme apophysaire (maladie d'Osgood-Schlatter, maladie de Sever, maladie de Sinding-Larsen-Johanson)

## MOTS CLÉS

OSTÉOCHONDROSE – SCHEUERMANN – SEVER – OSGOOD – LOMBALGIE – ALGONEURODYSTROPHIE – ÉPIPHYSITE DE CROISSANCE – SINDING-LARSEN-JOHANSON

## DÉFINITION

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et de recouvrement.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire d'un cartilage de croissance qui est secondaire d'une part à un excès de traction d'un tendon suite à un entraînement trop intensif et d'autre part à des poussées de croissance entraînant des rétractions tendino-musculaires.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort, voire spontanée.
Douleur à la pression digitale du cartilage concerné.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + piroxicam (1 cc) + étamsylate (2 cc) en IDP ou IED.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + *Conjonctyl*® (1 cc) en IDP ou IED.

### Zones d'application

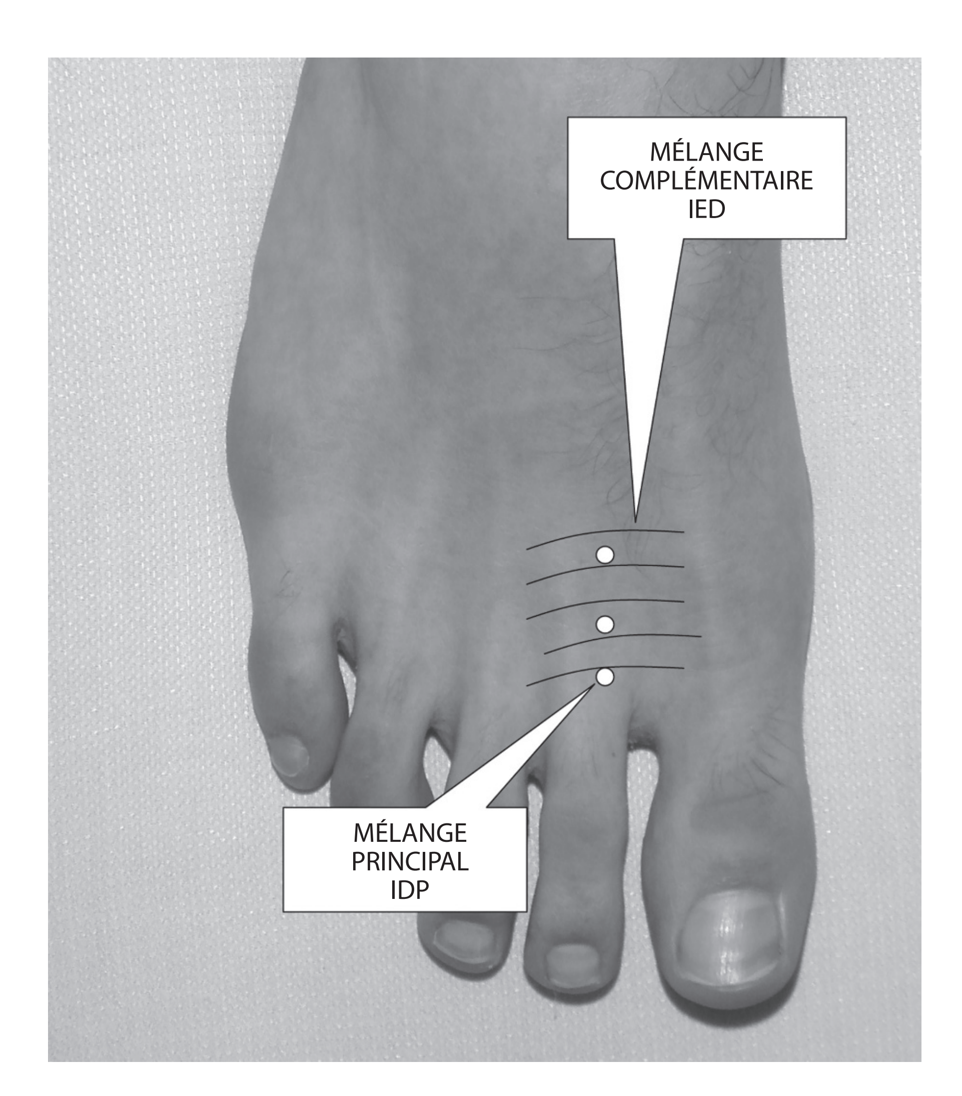
Mélange principal en regard du cartilage de croissance concerné à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15, J30 et J45.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Ostéochondrose de forme apophysaire (maladie d'Osgood-Schlatter)**

# Ostéochondrose forme conjugale (maladie de Scheuermann)

## MOTS CLÉS

OSTÉOCHONDROSE – SCHEUERMANN – SEVER – OSGOOD – LOMBALGIE – ALGONEURODYSTROPHIE – ÉPIPHYSITE DE CROISSANCE

## DÉFINITION

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et du rachis.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire concernant les cartilages de croissance vertébraux d'étiologie inconnue.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort au niveau du rachis dorsolombaire.
Douleur à la pression digitale des vertèbres concernées.
Douleur à la mobilisation du rachis.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

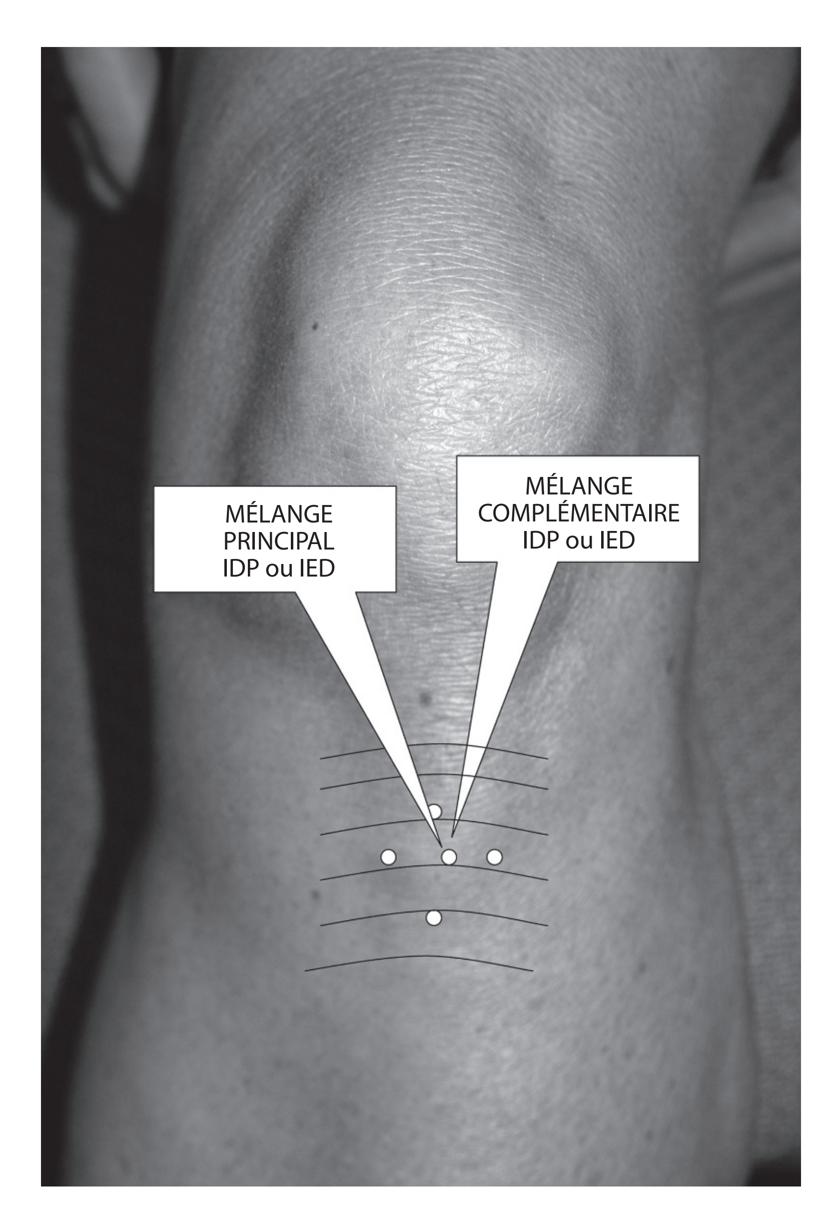
Mélange principal en regard des vertèbres concernées et mélange complémentaire sur les muscles paravertébraux.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, contention dorsolombaire.




**Ostéochondrose de forme conjugale (maladie de Scheuermann)**

# Ostéochondrose forme épiphysaire (maladie de Freiberg, maladie de Köhler-Mouchet)

## MOTS CLÉS

OSTÉOCHONDROSE – SCHEUERMANN – SEVER – OSGOOD – LOMBALGIE – ALGONEURODYSTROPHIE – ÉPIPHYSITE DE CROISSANCE – FREIBERG – KÖHLER-MOUCHET

## DÉFINITION

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et de recouvrement.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire provenant soit d'une atteinte primitive du cartilage de croissance, soit secondaire à une nécrose du noyau osseux liée à un défaut de vascularisation de ce cartilage qui aboutit à la nécrose par le biais de microfractures.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort.
Douleur à la pression digitale du cartilage concerné.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (1 cc) + pentoxifylline (2 cc) en IED.

### Zones d'application

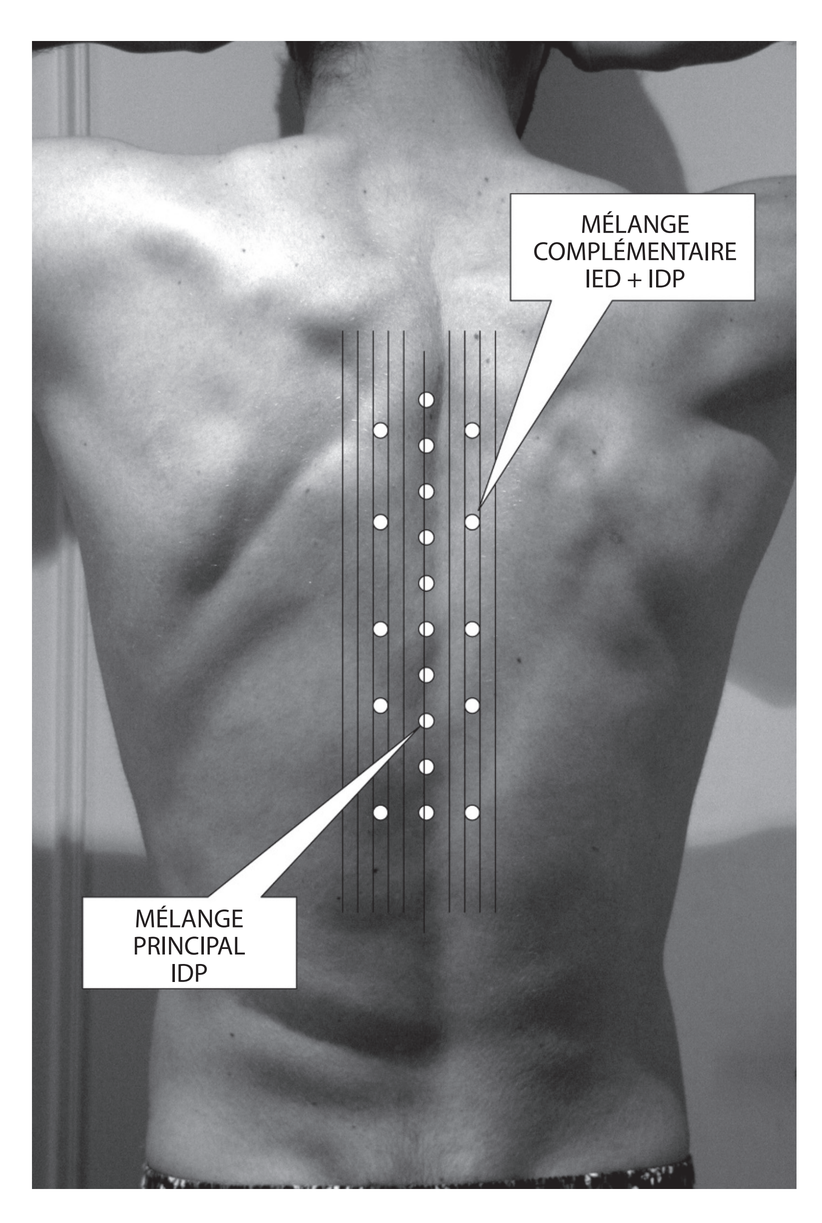
Mélange principal en regard du cartilage de croissance concerné et mélange complémentaire en périlésionnel.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Ostéochondrose de forme épiphysaire (maladie de Köhler-Mouchet)**

# Otite chronique séromuqueuse

## MOTS CLÉS

OTITE MOYENNE AIGUË – CERVICALGIE – CERVICARTHROSE – MÉSOVACCINATION

## DÉFINITION

Inflammation chronique de l'oreille moyenne.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation chronique de la caisse du tympan avec épanchement séreux d'origine inflammatoire (souvent virale ou allergique), infectieuse chronique ou obstructive (végétations adénoïdiennes). Trouble de perméabilité tubaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux tympaniques.
Évaluation du trouble auditif (baisse de l'acuité auditive, acouphènes).

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Examen ORL avec évaluation de la mobilité tympanique, de la perméabilité de la trompe d'Eustache.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélange principal

Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Mélange complémentaire

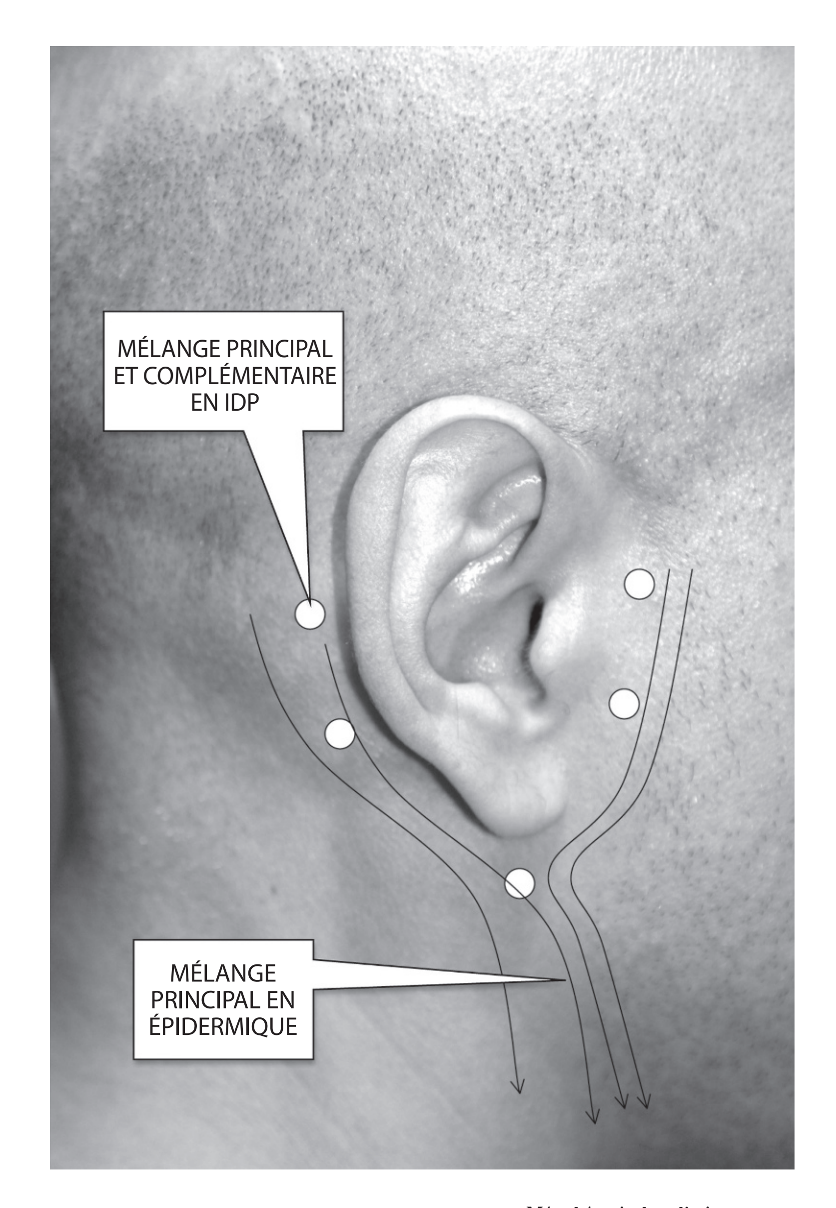
Si tension douloureuse avec inflammation aiguë :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc.

### Zones d'application

Région péri-auriculaire et sous-angulomaxillaire.
Voir protocole mésovaccination (*cf* cartographie de la mésovaccination p. 225).

### Rythme

J1, J15 et tous les 3 à 6 mois.




**Mésothérapie dans l'otite**

L'otite moyenne chronique séromuqueuse est difficile à traiter et nécessite souvent un traitement prolongé.
La perméabilité de la trompe d'Eustache est sensible à une bonne détente musculaire de la base de la langue et des muscles masticateurs, aisément abordable par la mésothérapie.
La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

# Otite moyenne aiguë

## MOTS CLÉS

OTITE MOYENNE AIGUË – CERVICALGIE – CERVICARTHROSE – MÉSOVACCINATION

## DÉFINITION

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation du tympan et de la caisse du tympan d'origine inflammatoire (souvent virale), infectieuse ou traumatique.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux tympaniques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Selon l'examen clinique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélange principal

Si tension douloureuse avec inflammation aiguë :

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- étamsylate 2 cc ;
- piroxicam 1/2 cc.

### Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

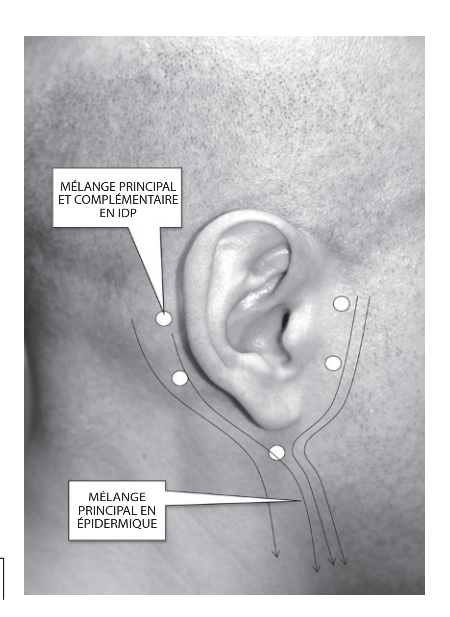
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Zones d'application

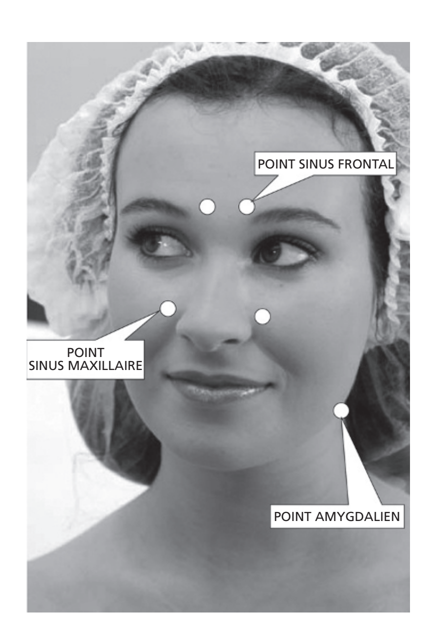
Région péri-auriculaire et sous-angulomaxillaire.
Région rachis cervical.
Voir protocole mésovaccination (*cf* figures ci-contre).

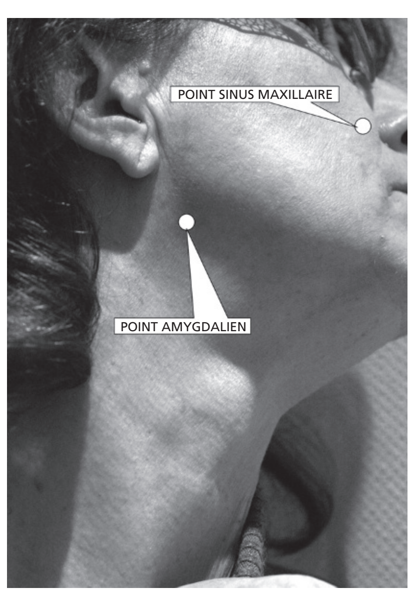
### Rythme

J1, J3, J7 mélange principal.
J1, J15, et tous les 3 à 6 mois pour mésovaccination.




**Mésothérapie dans l'otite**




**Cartographie de la mésovaccination**

L'otite moyenne aiguë d'origine virale est bien soulagée par le traitement mésothérapique.
L'otite moyenne aiguë d'origine infectieuse bactérienne nécessite un traitement adapté *per os* et le traitement mésothérapique est un bon complément.
L'otite moyenne aiguë d'origine traumatique réclame une grande prudence quant à l'ampleur des lésions. Elle est soulagée par le traitement mésothérapique mais nécessite un suivi spécialisé pour l'évolution de la récupération.
La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

# PELADE

## MOTS CLÉS

CHEVEUX – MÉSOSTRESS – ALOPÉCIE – MÉSOPÉCIE – PELADE

## DÉFINITION

Perte des cheveux par plaque, évoluant par crise.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Multifactorielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Test de traction des cheveux.
Appréciation de la surface lésée ($cm^2$).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan biostandard.
Bilan spécialisé éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique, IDS.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- vitamine B5 2 cc ;
- vitamine H 1 cc.

Ou :

- procaïne 2 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® 2 cc.

### Mélanges complémentaires

1. Sur terrain stressé, mésostress :

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

2. Sur anergie, mésovaccination :

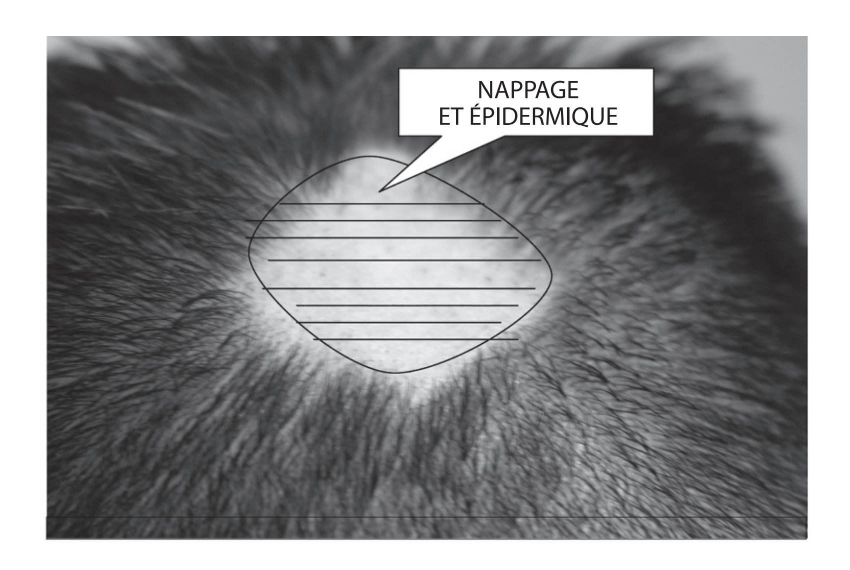
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

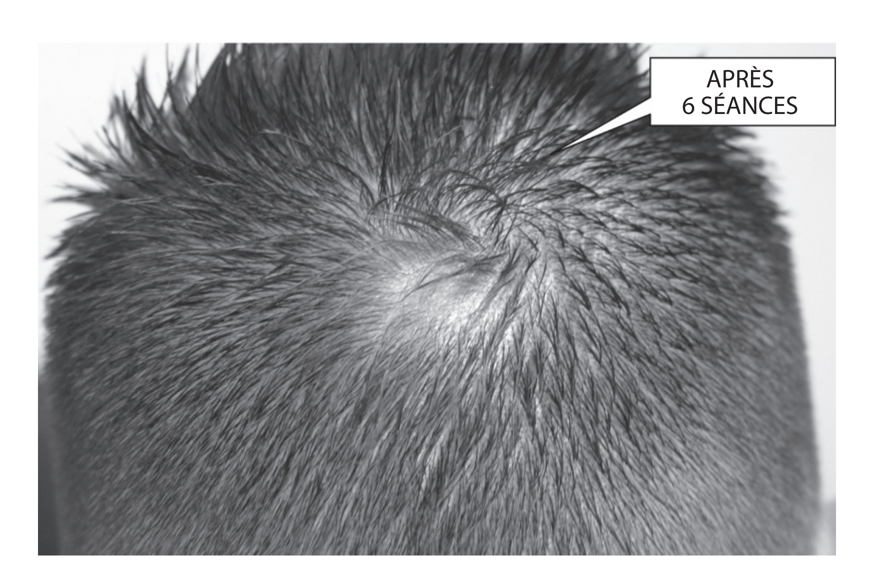
### Zones d'application

Localement sur la pelade et sur le cuir chevelu.
Zones de mésovaccination et de mésostress.

### Rythme

Une séance par semaine pendant 8 à 10 fois.




**Pelade avant et après mésothérapie**

Repousse souvent visible après 4 séances.

# Périméniscite (paraméniscite) interne en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation périméniscale secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les structures abarticulaires périméniscales internes.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du genou.
Douleurs à la pression digitale en regard de l'interligne articulaire interne.
Tests méniscaux négatifs.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

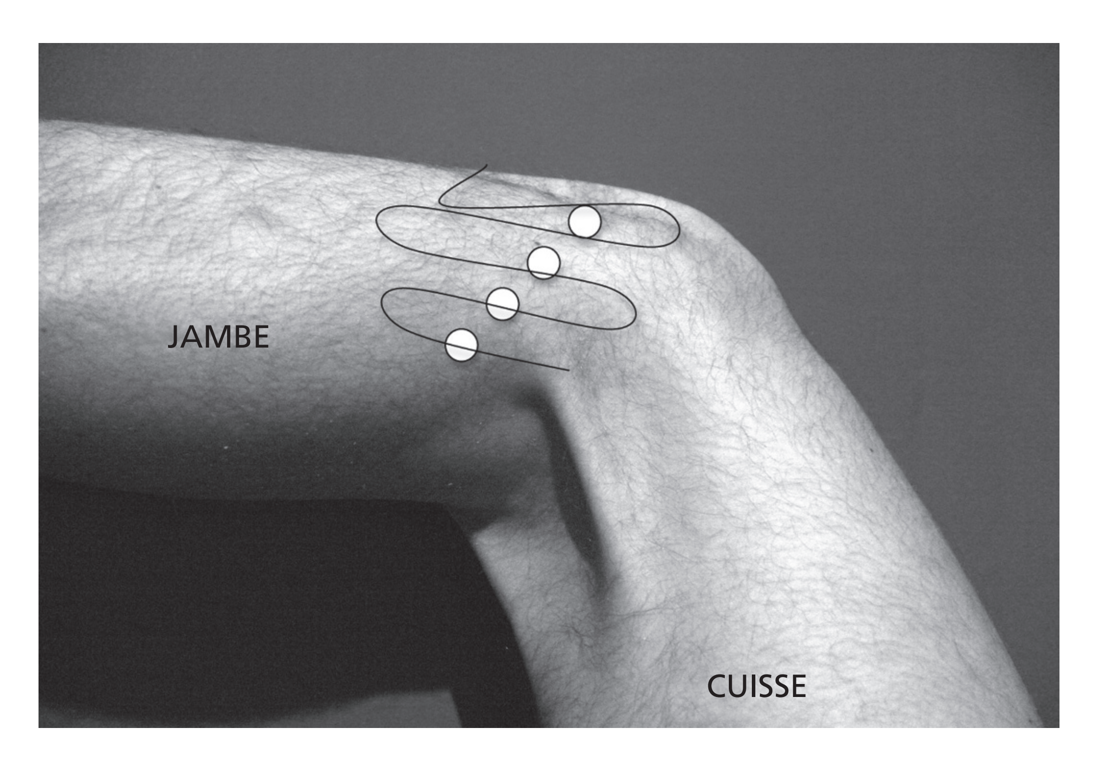
Lidocaïne 1 % (2 cc) + calcitonine (1 cc) en IED.

### Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion de l'interligne interne et mélange complémentaire en regard de la face interne du genou.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.




**Périméniscite interne**

# Périostite (tibiale, fibulaire, cubitale)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – PÉRIOSTITE

## DÉFINITION

Douleur en regard d'une crête osseuse de type mécanique secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus mécanique entraînant un décollement du périoste avec réaction œdémateuse.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par le patient à l'effort, voire en marchant.
Douleur à la pression digitale des crêtes osseuses concernées.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + étamsylate (2 cc) en IDP.

### Zones d'application

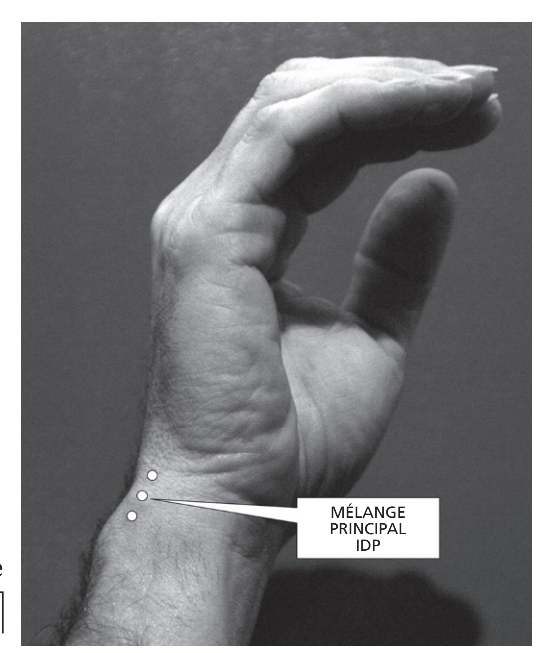
Mélange principal en regard des crêtes osseuses concernées.

### Rythme

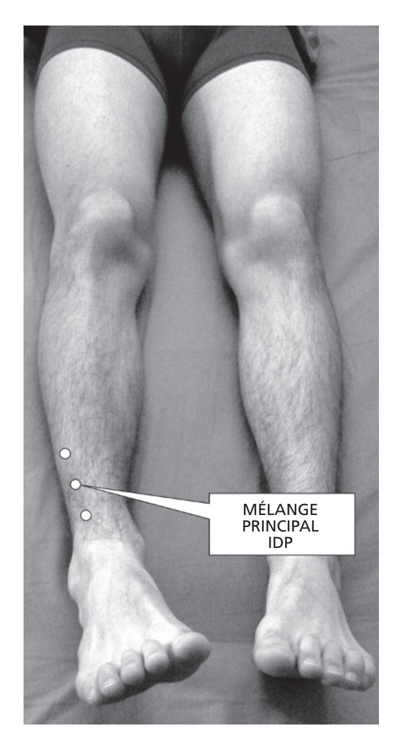
J1, J8, J15.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

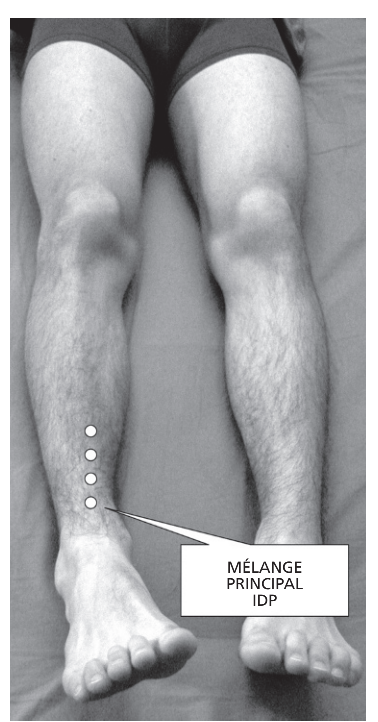
Strapping pour la reprise du sport.




**Périostite cubitale**




**Périostite fibulaire**




**Périostite tibiale**

# Péritendinopathie calcanéenne en phase aiguë (tendon d'Achille)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE – PÉRITENDINOPATHIE – ACHILLE

## DÉFINITION

Inflammation de la gaine fibreuse entourant le tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine entourant le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, fautes techniques).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.
Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon avec épaississement global.
Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Étamsylate (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

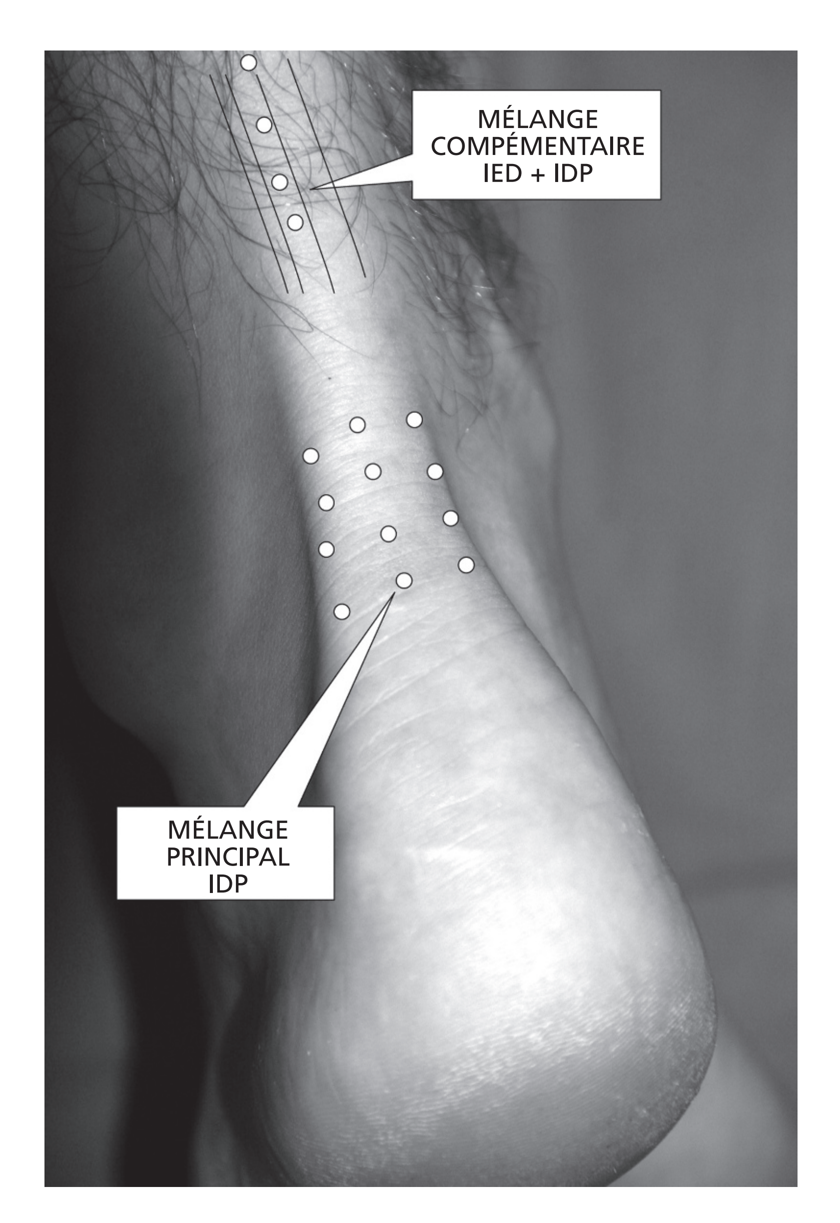
Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Péritendinopathie calcanéenne en phase aiguë (tendon d'Achille)**

# Pharyngite

## MOTS CLÉS

APHONIE – TRACHÉITE – LARYNGITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

Inflammation ou infection pharyngée, trachéale ou laryngée, aiguë ou chronique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation d'origine variée : allergique, virale, bactérienne, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique), tumorale.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examen endobuccal, examen sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe.
Recherche de signes infectieux ou tumoraux.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Examen ORL par spécialiste si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si trouble chronique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

Si trouble aigu :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- piroxicam 1 cc.

### Mélange complémentaire

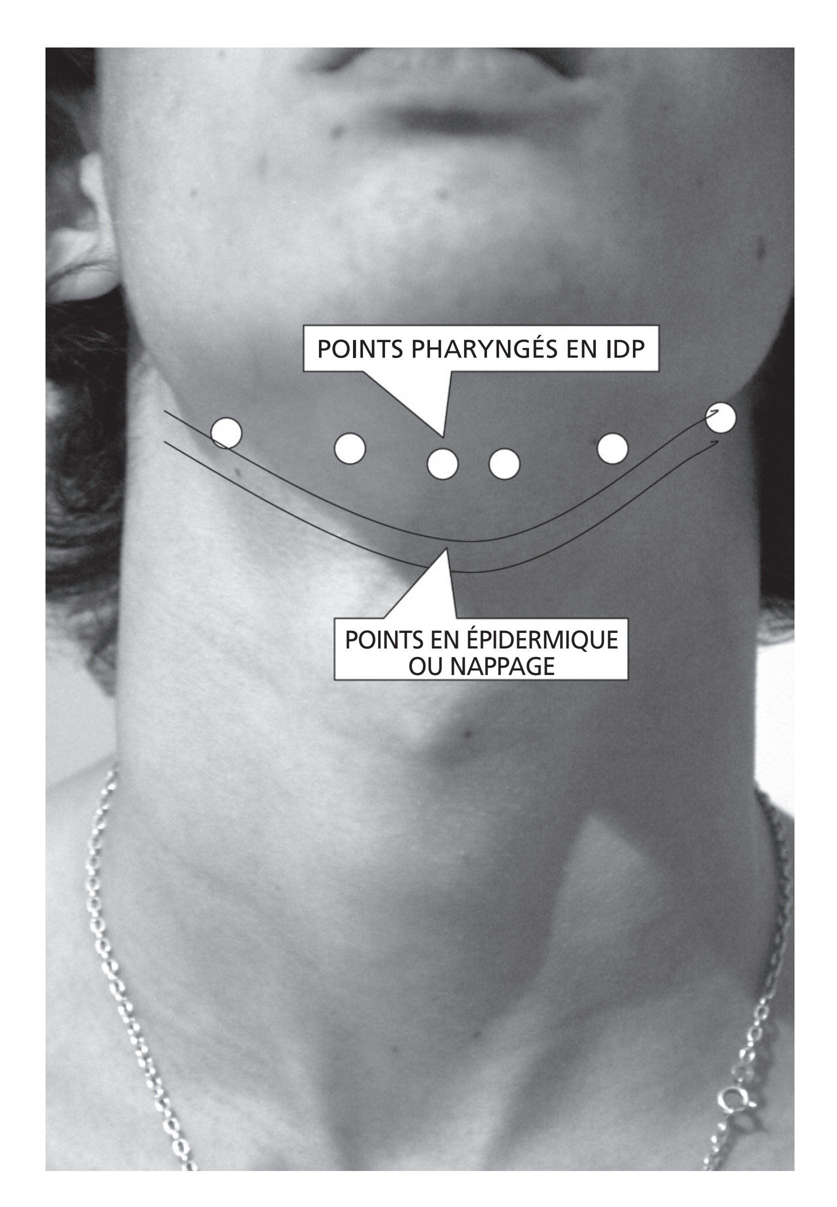
Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc ;

### Zones d'application

Région pharyngolaryngée.
Voir points de mésovaccination (*cf* cartographie de la mésovaccination p. 225).

### Rythme

Si aigu J1, J3, J7.
Si chronique J1, J7, J14 renouvelable si besoin.




**Cartographie de la pharyngite**

Il est nécessaire **avant tout** d'éliminer une cause organique. La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

# Presbytie

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – MÉSOSTIMULATION – CÉPHALÉE – PRESBYTIE

## DÉFINITION

Traitement de la baisse d'acuité visuelle chez le patient de la quarantaine par durcissement du cristallin et hypomicrocirculation.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Fibrose du cristallin, hypocirculation.

## EXAMEN CLINIQUE

Test de Parinaud.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan ophtalmologique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage, IDP, IED épidermique.

### Mélange principal

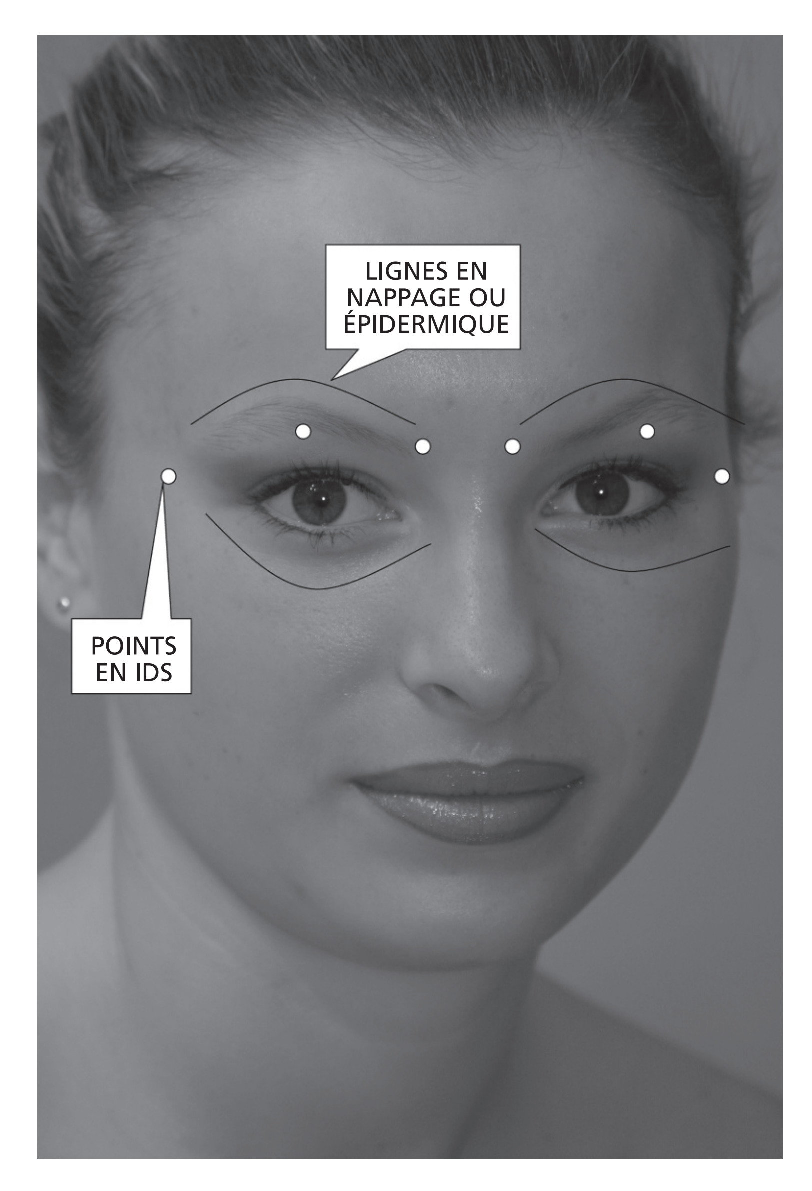
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine E 2 cc.

### Zones d'application

Peri-oculaire ; paupière supérieure ; angle externe, angle interne du sourcil.

### Rythme

1 fois tous les 3 mois pendant 2 ans, puis à la demande.




**Cartographie de la presbytie**

L'efficacité est bonne sur les patients commençant à être gênés et ne mettant pas encore de lunettes de vue ou alors les premières.

# Psoriasis

## MOTS CLÉS

PSORIASIS – MÉSOSTRESS – MÉSO-VACINATION

## DÉFINITION

Lésion cutanée sèche ou suintante avec épaississement épidermique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Épaississement des couches épidermiques plus ou moins important.
Étiologie inconnue.
Majoration par le stress.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche des zones psoriasiques.
Évaluation de l'état de tension intérieure.
Contre-indication : poussée aiguë de psoriasis inflammatoire diffus.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Souvent inutiles.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

### Mélanges principaux

Sur les lésions :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

Mésotress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélange complémentaire

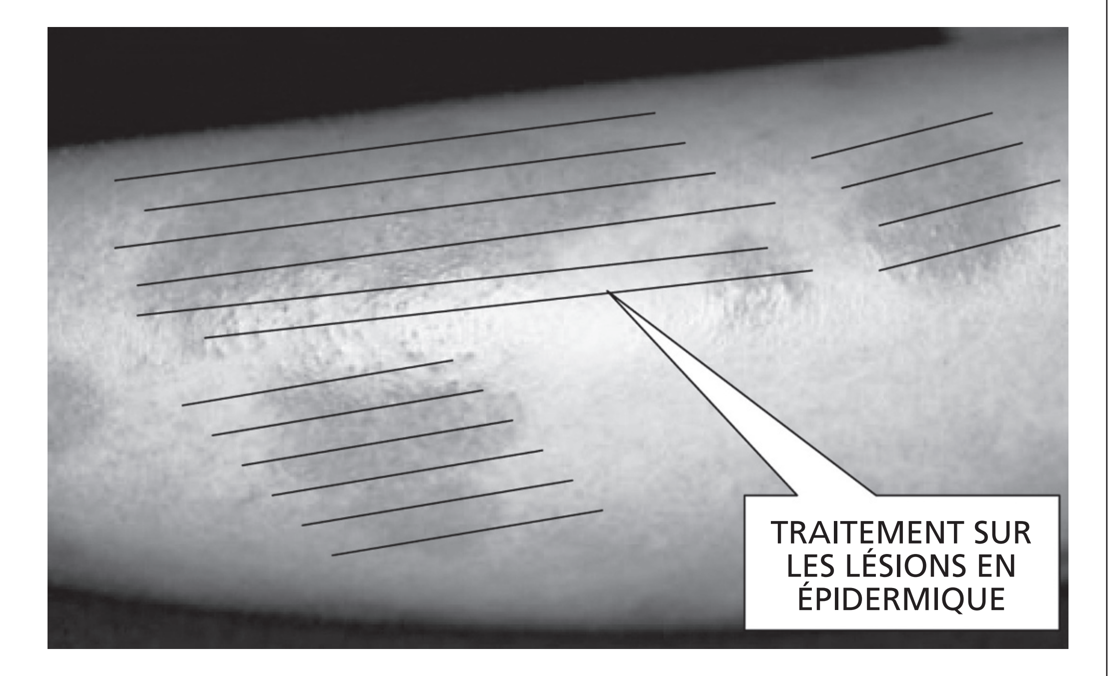
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- *Vitalipid*® 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

### Zones d'application

Zones de psoriasis.
Voir protocole mésovaccination (*cf* cartographie de la mésovaccination p. 225).
Voir protocole mésostress (*cf* fiche mésostress p. 258).

### Rythme

J1, J7, J15 puis en cas de crise.
Protocole mésovaccination 2 fois par an.




**Traitement du psoriasis**

Le traitement mésothérapique est un complément utile au psoriasis commun en aidant la peau à se normaliser.
Le traitement associé du stress est indispensable.

# Raynaud

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – RAYNAUD – ACRO-SYNDROME

## DÉFINITION

Acrosyndrome vasculaire, avec une nette prédominance féminine, idiopathique le plus souvent (75 à 80 % des cas), conséquence d'un spasme des artérioles des extrémités – mains, orteils – occasionné par le froid.

## PHYSIOPATHOLOGIE

On remarque une augmentation de la vasomotricité distale, d'origine sympathique, avec des phénomènes paroxystiques hyperhémiques et vidanges artériolo-capillaires.

## EXAMEN CLINIQUE

Standard.
Bilan vasculaire.
Bilan étiologique.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Biopsie cutanée.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage ou IED épidermique.

### Mélanges principaux

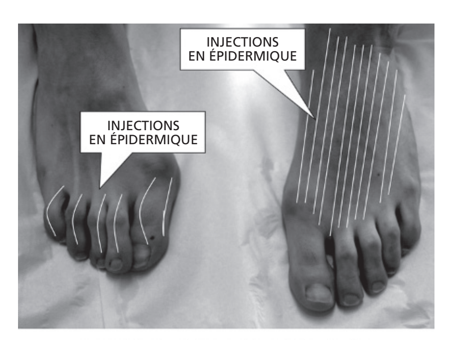
| | |
|---|---|
| • lidocaïne 1 % | 2 cc ; |
| • pentoxifylline | 2 cc ; |
| • calcitonine saumon 100 UI | 1 cc. |
| Ou : | |
| • procaïne 2 % | 2 cc ; |
| • pentoxifylline | 2 cc ; |
| • nicardipine | 1 cc. |
| Ou : | |
| • procaïne 2 % | 2 cc ; |
| • *Vitalipid*® | 2 cc ; |
| • pentoxifylline | 2 cc. |

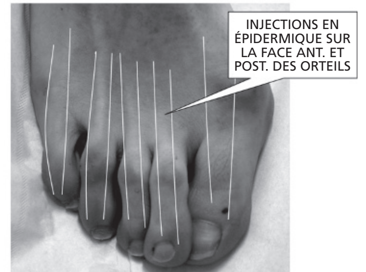
### Zones d'application

Le long des axes vasculaires des membres.
Sur les doigts et orteils.

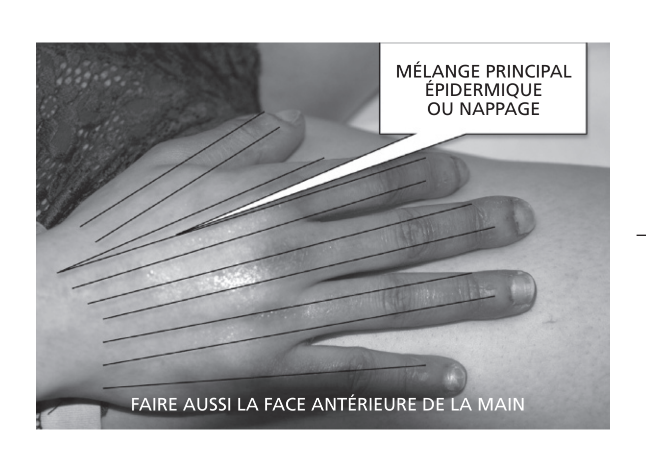
### Rythme

J0, J8, J15, puis 1 fois par mois si besoin.

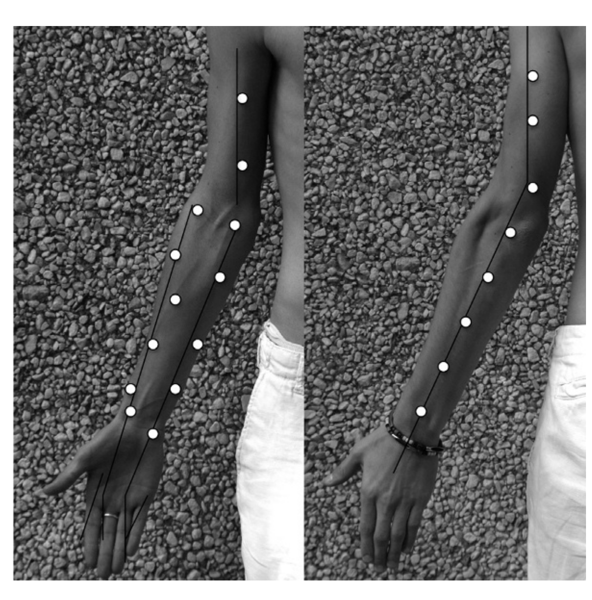



**Traitement du syndrome de Raynaud**




**Syndrome de Raynaud**



**Syndrome de Raynaud – axes vasculaires**

Traitement améliorant beaucoup
le confort du patient.

# Rhinite aiguë

## MOTS CLÉS

RHINITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – ATOPIE – ANERGIE

## DÉFINITION

État inflammatoire aigu des fosses nasales avec congestion de la muqueuse nasale et rhinorrhée ou obstruction nasale.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, irritative, infectieuse, vasomotrice.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.
Recherche de tension douloureuse de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Aucun, si rhinite aiguë isolée.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc ;

### Mélange complémentaire

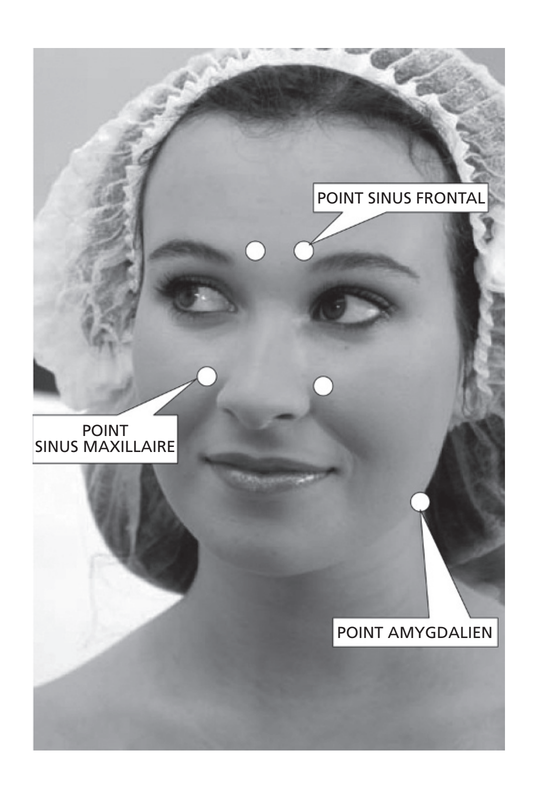
Protocole mésovaccination systématique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

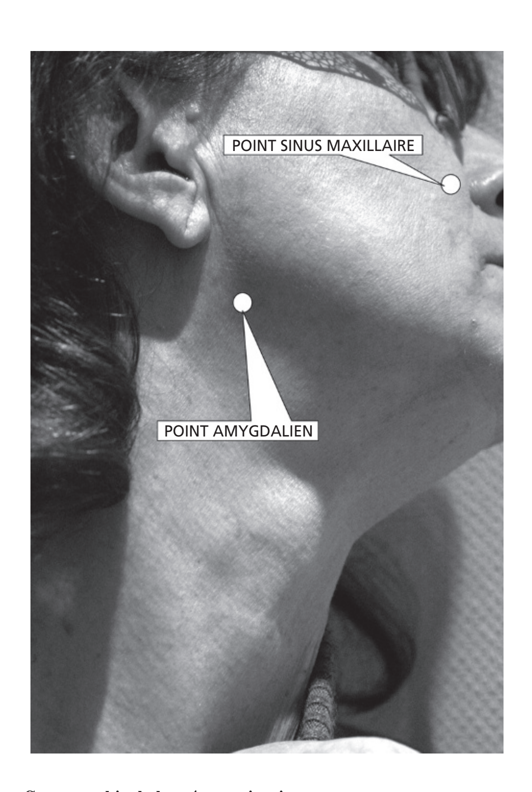
### Zones d'application

Points sinus de la face.
Points de mésovaccination.

### Rythme

J1, J3 et faire suivre par une mésovaccination à J15.




**Cartographie de la mésovaccination**

La rhinite aiguë est rapidement soulagée par le traitement mésothérapique local (aire nasale, ailes du nez, aires sinusiennes) et mésovaccination en cas de faiblesse immunitaire.
La congestion des sinus de la face est souvent associée à la rhinite aiguë.

# Rhinite chronique

## MOTS CLÉS

RHINITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – ATOPIE – ANERGIE

## DÉFINITION

État inflammatoire chronique des fosses nasales avec congestion de la muqueuse nasale et rhinorrhée ou obstruction nasale.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, irritative, infectieuse, polypoïde, obstructive (déviation de cloison nasale), vasomotrice.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.
Recherche de tension douloureuse de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En cas de rhinite résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales éventuellement.
Rechercher une cause obstructive (déviation de cloison) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.
Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

### Mélange principal

Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Mélange complémentaire

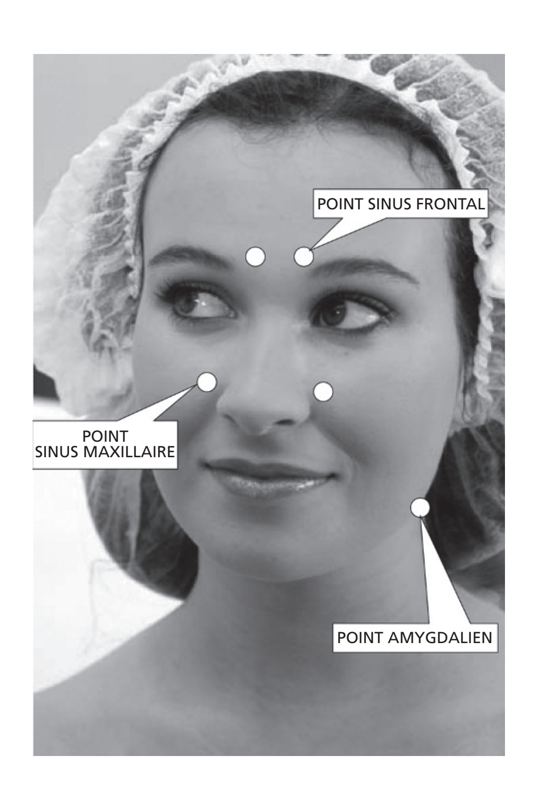
Si vasomoteur, dysneurotonie :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- étamsylate 2 cc.

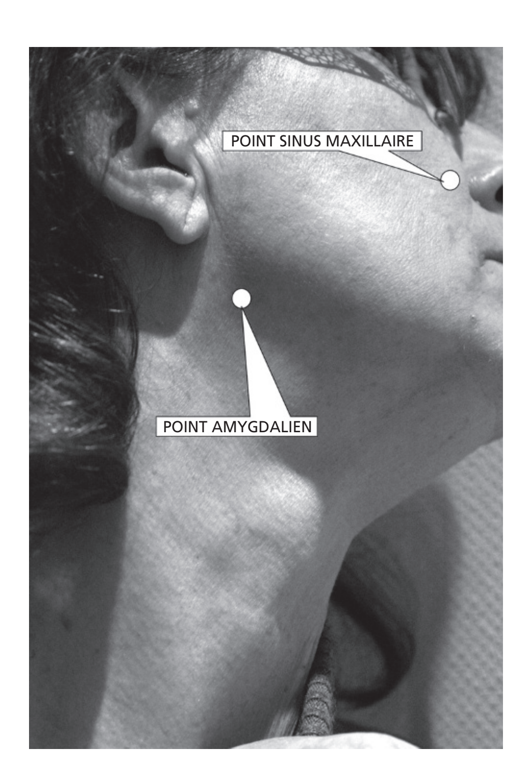
### Zones d'application

Points sinus de la face.
Voir protocole mésovaccination (*cf* figures ci-contre).

### Rythme

J1, J7, J14 et rappels tous les 3 à 6 mois.




**Cartographie de la mésovaccination**

La rhinite chronique répond assez bien au traitement mésothérapique qui devra être essayé sur au moins trois séances afin de juger de son efficacité.
La réponse est d'autant meilleure que la rhinite est relativement récente.
Les rhinites chroniques peuvent s'associer à des sinusites chroniques, à rechercher et à traiter.
La mésovaccination est particulièrement intéressante.
La mésothérapie s'associe volontiers aux antihistaminiques, anti-inflammatoires locaux.

# Rhizarthrose du pouce en poussée aiguë

## MOTS CLÉS

ARTHROSE – RHIZARTHROSE

## DÉFINITION

Arthrose de la trapézométacarpienne de la main.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face postéro-externe du poignet.
Douleur à la pression digitale de la tabatière anatomique sur l'interligne trapézométacarpien.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) dans un pli cutané rabattu et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

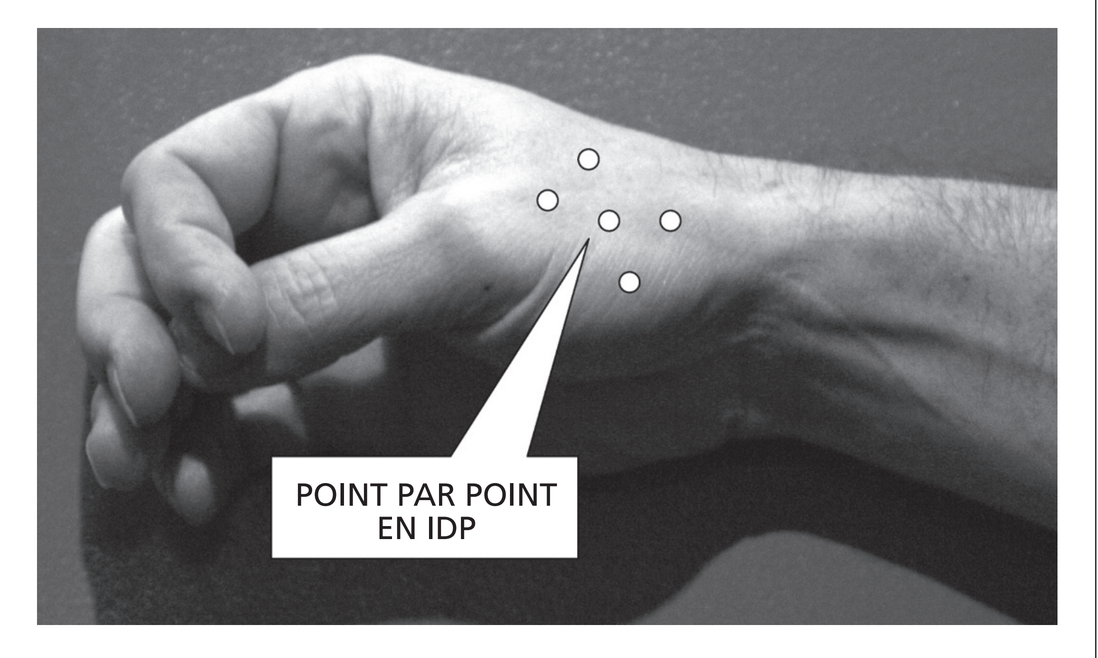
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + étamsylate (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne trapézométacarpien et mélange complémentaire en regard de la face postéro-externe du poignet.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.




**Rhizarthrose du pouce**

# Sacralgie – entorse sacro-coccygienne

## MOTS CLÉS

SACRALGIE – ENTORSE – LOMBALGIE – COCCALGIE

## DÉFINITION

Arthropathie de l'articulation sacro-coccygienne commune ou post-traumatique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Douleurs en rapport surtout avec le ligament, à type d'entorse bénigne ou ligamentite.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur chronique diffuse ressentie par le patient et localisée en bas du sacrum.
Douleur à la pression digitale de l'interligne sacro-coccygien, sujet en décubitus latéral, jambes et cuisses fléchies.
DND sacro-coccygiennes.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur l'interligne sacro-coccygien en souffrance, et surtout mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis sacro-coccygien.

### Mélange principal

En regard du ligament sacro-coccygien :
lidocaïne 1 % (3 cc) + piroxicam (0, 5 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD sur les points de l'interligne en souffrance.
Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

### Mélange complémentaire

Sur tout le rachis sacro-coccygien :
lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

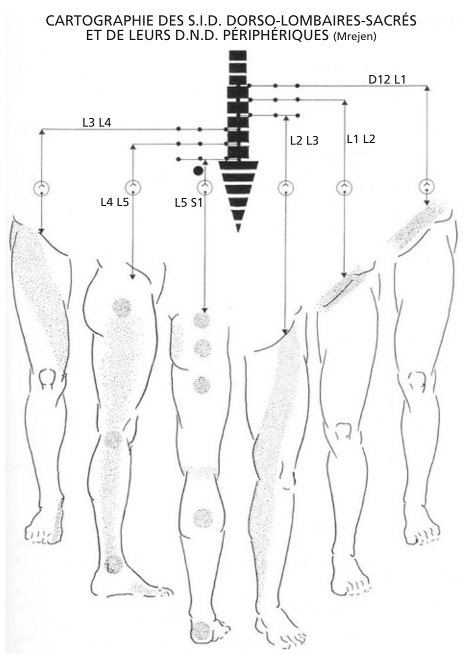
Mélange principal en regard du segment rachidien en souffrance, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis sacro-coccygien.

### Rythme

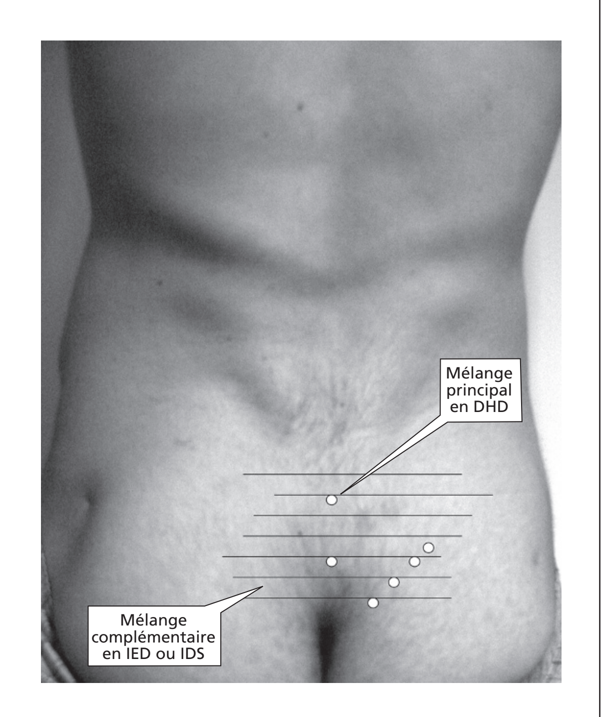
J1, J5, J10 pour la forme commune.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.
Rééducation fonctionnelle ± manipulation si dysfontion mécanique associée.




**Cartographie des SID dorso-lombosacré et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen)**




**Sacralgie – entorse sacro-coccygienne**

# Sinusite aiguë

## MOTS CLÉS

RHINITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – ATOPIE – ANERGIE – SINUSITE – CÉPHALÉE – CERVICARTHROSE

## DÉFINITION

État inflammatoire aigu des sinus de la face (maxillaires, frontaux, éthmoïdaux).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, infectieuse, obstructive par déviation de cloison nasale ou mauvaise perméabilité du méat sinusien, polypes.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.
Recherche de tension douloureuse de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En cas de sinusite aiguë résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales et des sinus de la face.
Rechercher par endoscopie une cause mécanique (déviation de cloison nasale, polypes, mauvaise perméabilité méatique) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.
Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

### Mélanges principaux

Si infection :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- nétromycine 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

Et :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc.

### Mélange complémentaire

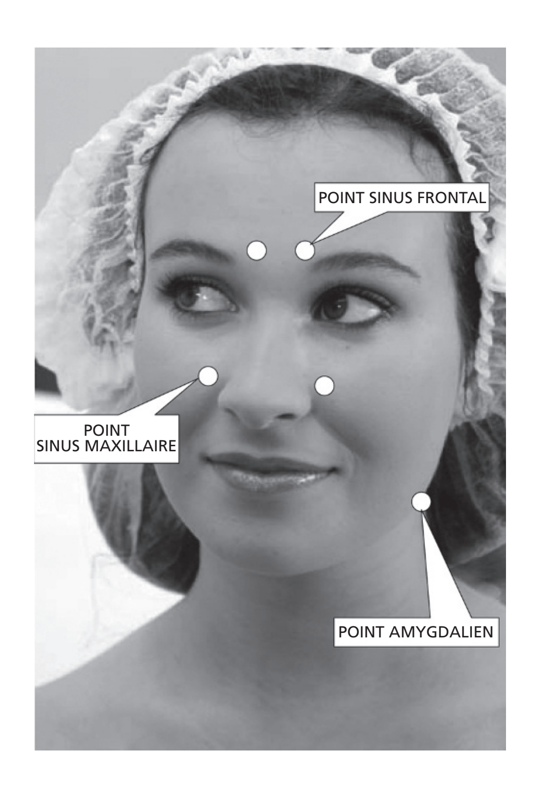
Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

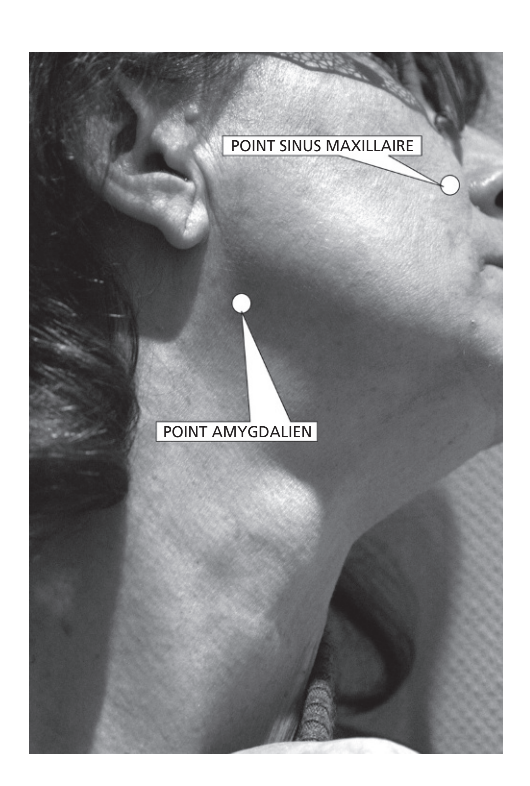
### Zones d'application

Points des sinus de la face.
Points de mésovaccination.

### Rythme

J1, J3, en aigu.
Faire suivre par une mésovaccination à J15.




**Cartographie de la mésovaccination**

La sinusite aiguë réagit bien à la mésothérapie en une ou deux séances rapprochées. Il est logique de prévoir une mésovaccination 15 jours après.

# Sinusite chronique

## MOTS CLÉS

RHINITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – ATOPIE – ANERGIE – SINUSITE – CÉPHALÉE – CERVICARTHROSE

## DÉFINITION

État inflammatoire chronique des sinus de la face (maxillaires, frontaux, éthmoïdaux).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, infectieuse, obstructive par déviation de cloison nasale ou mauvaise perméabilité du méat sinusien, polypes.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.
Recherche de tension douloureuse de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En cas de sinusite résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales et des sinus de la face.
Rechercher par endoscopie une cause mécanique (déviation de cloison nasale, polypes, mauvaise perméabilité méatique) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.
Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

### Mélanges principaux

Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

Si œdème :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

### Mélange complémentaire

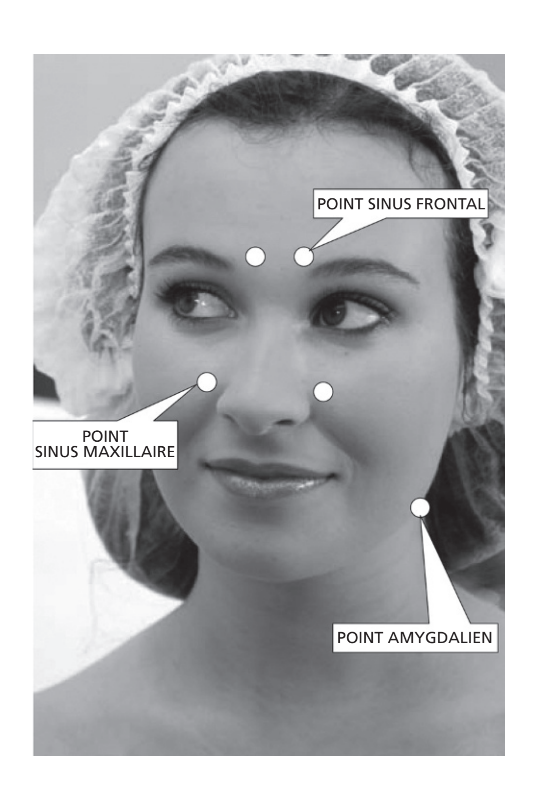
Si pathologie cervicale (injecter les cervicales douloureuses) :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

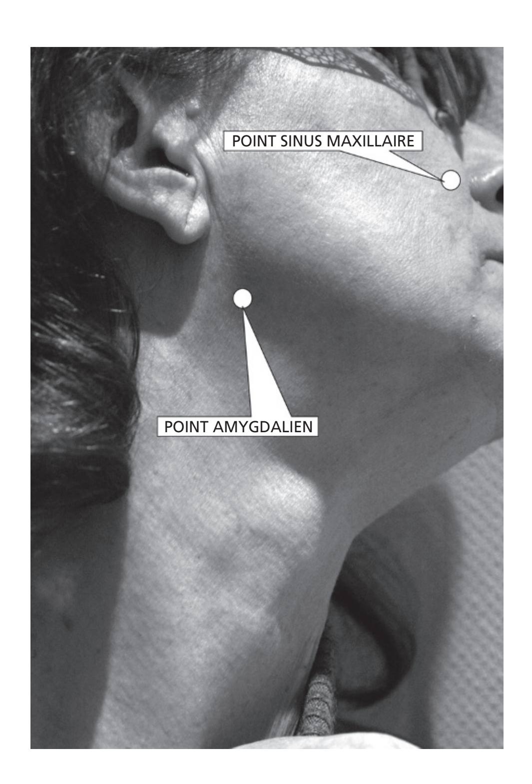
### Zones d'application

Points sinus de la face.
Voir protocole mésovaccination (*cf* figures ci-contre).

### Rythme

J1, J7, J14 et rappels tous les 15 à 30 jours en fonction de la réponse au traitement.




**Cartographie de la mésovaccination**

La sinusite chronique répond assez bien au traitement mésothérapique qui devra être essayé sur au moins trois séances afin de juger de son efficacité.

La mésovaccination est particulièrement intéressante.

La mésothérapie s'associe volontiers aux antihistaminiques, anti-inflammatoires locaux.

# Spasmophilie

## MOTS CLÉS

DYSNEUROTONIE – ANXIÉTÉ – MÉSOSTRESS – DYSFONCTIONS – SPASMOPHILIE

## DÉFINITION

Manifestation physique d'un état dysneurotonique anxieux ou dépressif.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Multifactorielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.
Recherche de cause psychiatrique grave (psychose maniacodépressive, psychoses).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées si besoin.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
Nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur point douloureux.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Mélange complémentaire

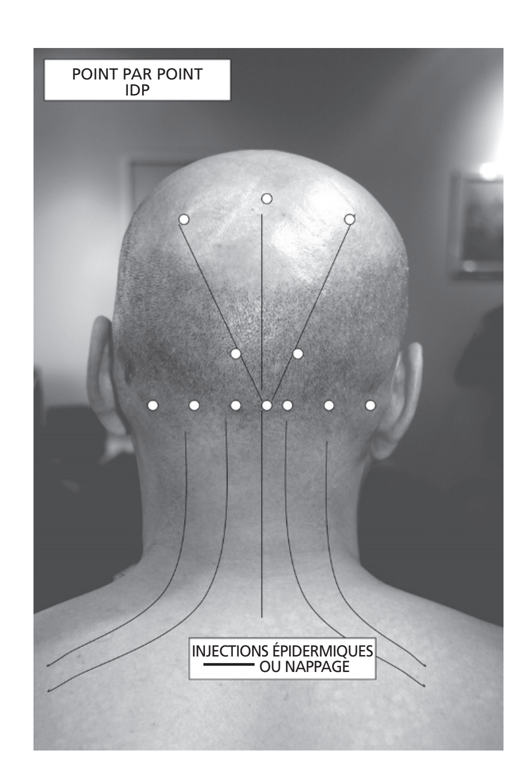
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

### Zones d'application

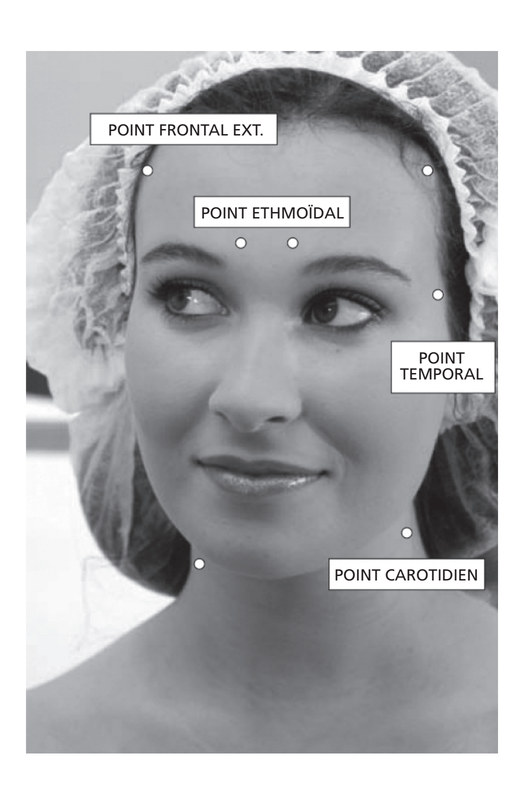
Point par point IDP : plexus solaire, 4e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points du le triangle médiocrânien.
Épidermique IED ou nappage IDS : zone abdominale, ceinture scapulaire, axe vertébral, masses musculaires des membres.

### Rythme

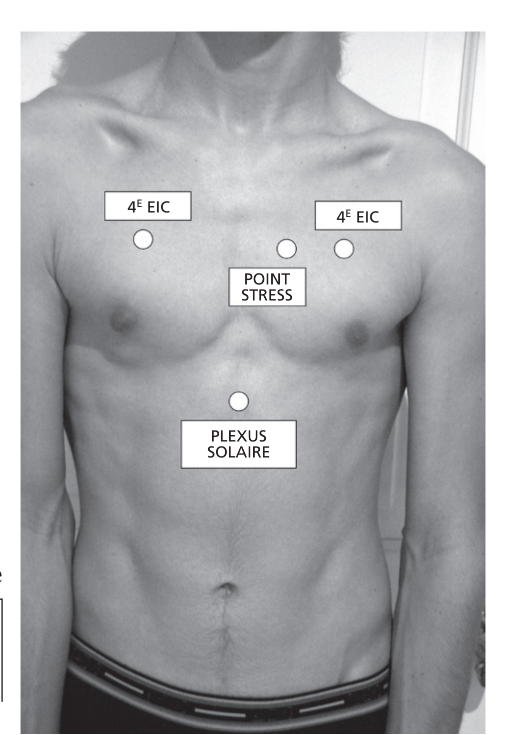
J1, J7, J14, J28 puis tous les mois et à la demande en fonction de l'évolution.




**Cartographie du mésostress – face postérieure**




**Cartographie du mésostress – face antérieure**




**Cartographie du mésostress – face thoracique**

Le traitement mésothérapique améliore rapidement le bien-être du patient.

# Stérilité par dysovulation

## MOTS CLÉS

DYSFONTION GYNÉCOLOGIQUE – HORMONAL – MÉSOSTRESS – STÉRILITÉ

## DÉFINITION

Dysfonctions de l'ovulation aboutissant à une stérilité en l'absence de pathologie organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Idiopathique.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées.

## TRAITEMENT MÉSOTHERAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
Nappage ou IDS sur points pelviens.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

### Mélange complémentaire sur terrain stressé

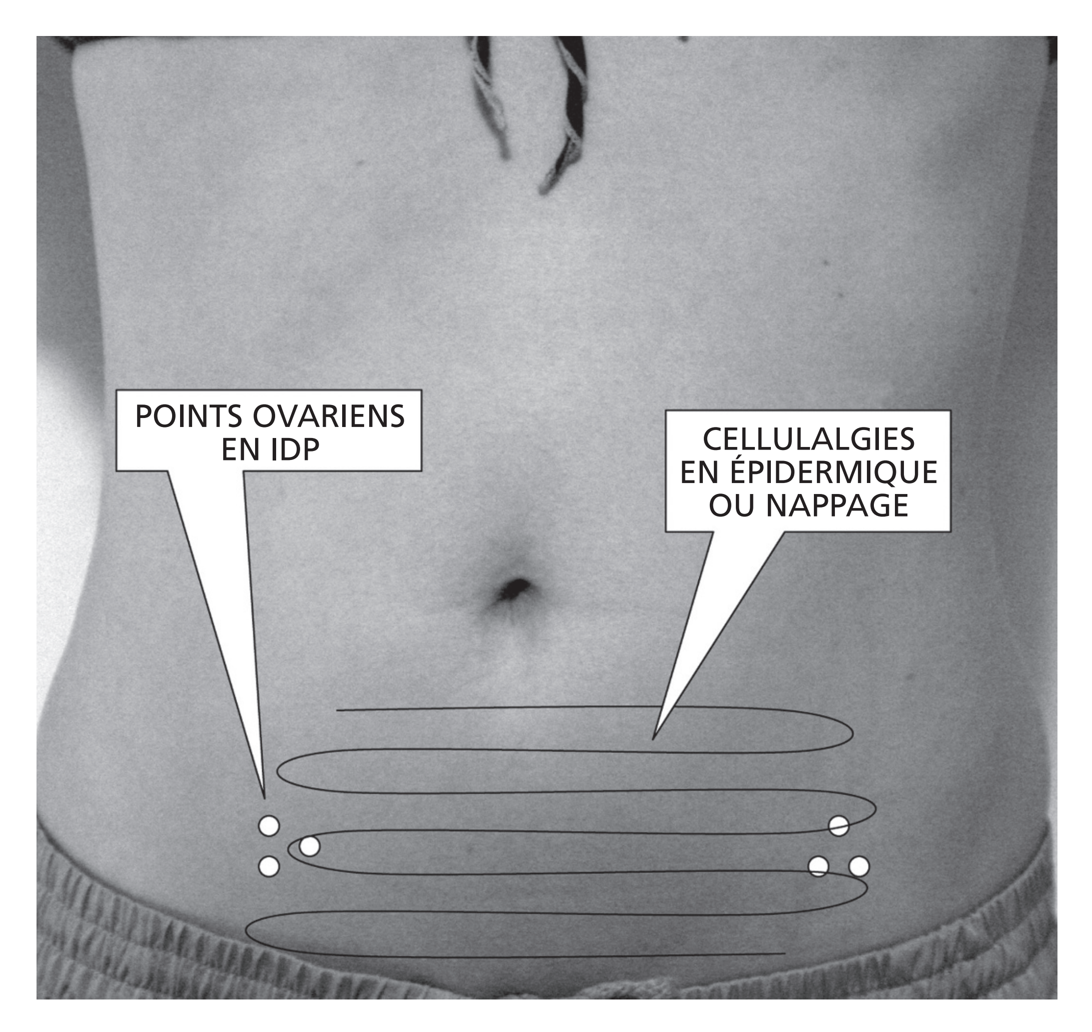
Mésostress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Point par point DHD : zones de projection ovariennes.
Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis.

### Rythme

J1, J14, J28, J42 et arrêt.




**Cartographie de la dysfonction ovarienne**

Ce traitement peut toujours être tenté en restant humble. Le traitement est interrompu en l'absence d'ovulation après quatre séances. Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

# Stress généralisé – mésostress

## MOTS CLÉS

MÉSOSTRESS – NEUROTONIE – ANXIÉTÉ – DÉPRÉSSION – INSOMNIE

## DÉFINITION

MÉSOSTRESS : état de tension intérieure avec manifestations cliniques psychiques, physiques de tensions musculaires et/ou viscérales.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Extériorisation physique, biologique, psychique d'un mal-être aigu ou chronique.

## EXAMEN CLINIQUE

Orienté par le discours du patient (*cf* annexe échelle ADP p. 367).
Examen somatique à la recherche de points de tensions musculaires ou viscérales et de cellulopathies et points de MPS.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Souvent inutiles.
Avis spécialisé si trouble majeur.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur point douloureux.

### Mélange principal

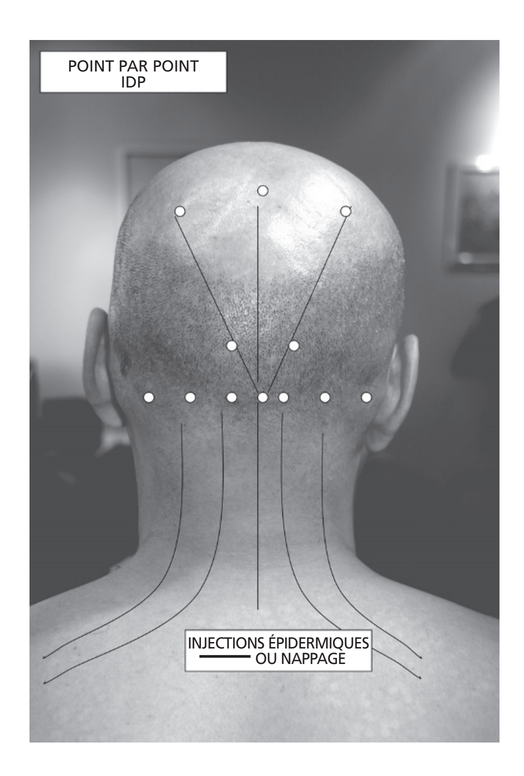
Si douleur neuropathique, stress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

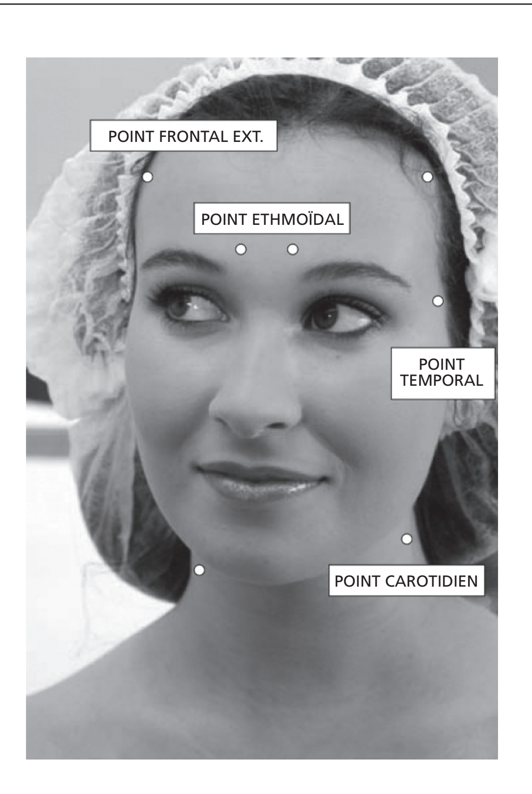
Plexus solaire, 4e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points du le triangle médiocrânien.

### Rythme

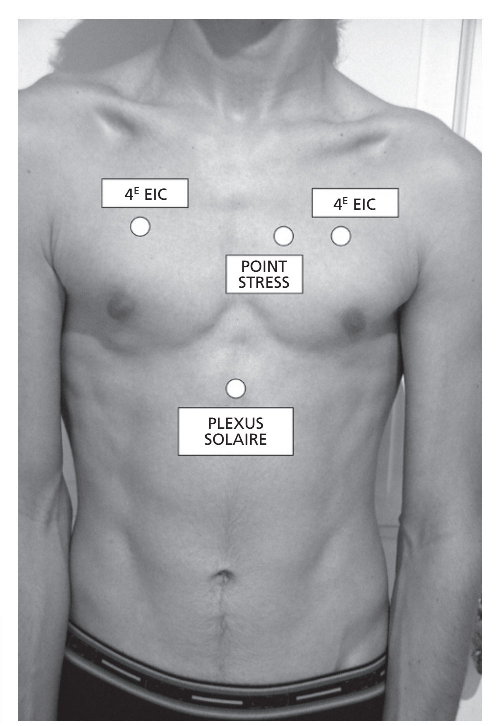
J1, J7, J14, J28 et à la demande.




**Cartographie du mésostress – face postérieure**




**Cartographie du mésostress – face antérieure**




**Cartographie du mésostress – face thoracique**

Ce traitement peut être isolé ou associé à des thérapeutiques complémentaires (anxiolytiques, antidépresseurs, etc.).

# Syndrome algoneurodystrophique en phase froide

## MOTS CLÉS

ALGODYSTROPHIE – DÉCALCIFICATION – DÉMINÉRALISATION – LOMBAGO – LOMBALGIE – LOMBOSCIATIQUE – SCIATIQUE – FRACTURE – TRAUMATISME – SÉQUELLES TRAUMATIQUES

## DÉFINITION

Syndrome douloureux des os et des articulations faisant le plus souvent suite à un traumatisme. Il prédomine à l'extrémité des membres comportant une déminéralisation osseuse et des troubles vasomoteurs.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La douleur engendrée par le traumatisme initial entraînerait une stimulation du système nerveux sympathique qui serait lui-même responsable d'un spasme des vaisseaux avec œdème et exagération de la douleur.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleurs à type de brûlure.
Peau froide et de couleur anormale.
Faiblesse musculaire.
Limitation articulaire dans les tous les axes.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) + clonidine (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Procaïne 2 % (2 cc) + thiocolchicoside (3 cc) en IED.

### Zones d'application

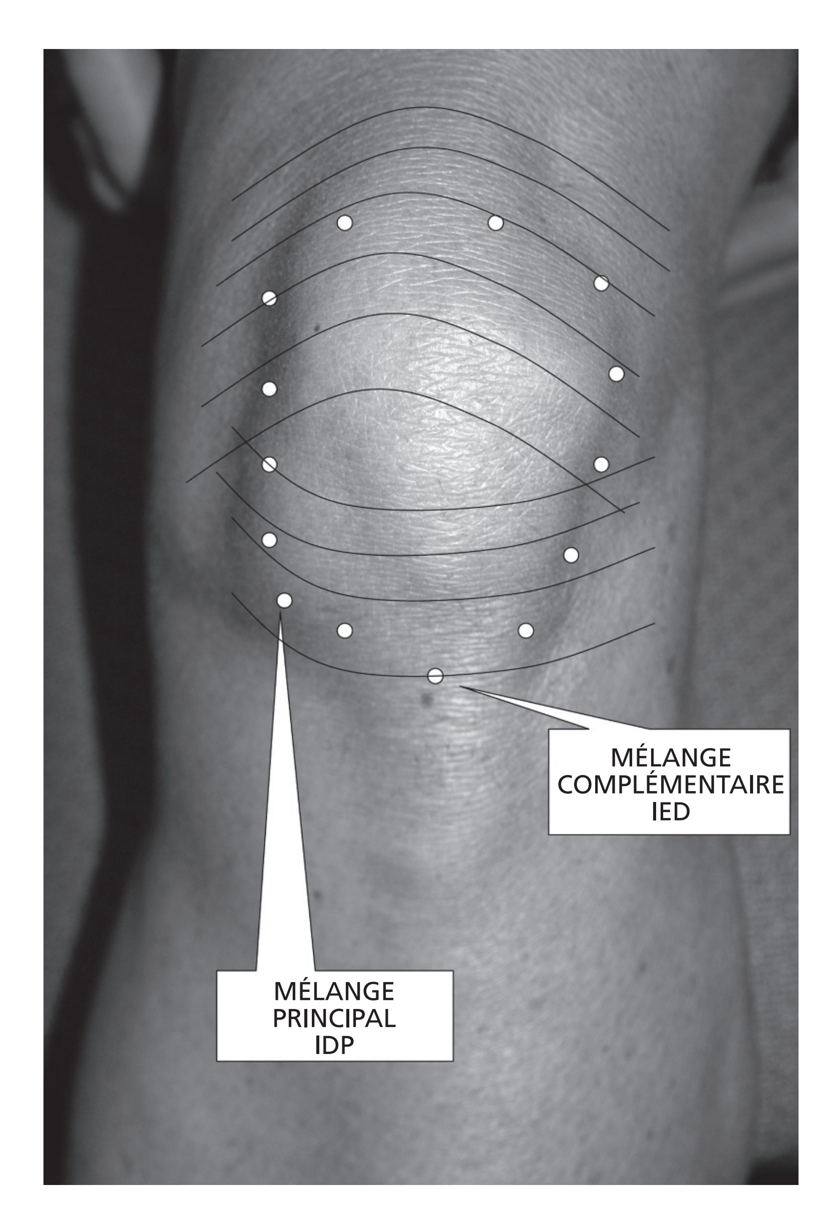
Mélange principal en regard de l'articulation concernée et mélange complémentaire en péri-articulaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation après J15.




**Syndrome algoneurodystrophique en phase froide**

# Syndrome de balayage en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Tendinopathie de la bandelette iliotibiale associée dans un 1/3 des cas à une bursite, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied, vélo).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire portant sur la zone de croisement entre le tenseur du fascia lata et la tubérosité du condyle externe.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur ressentie par le patient à la face externe du genou lors de la course.
Douleurs à la pression digitale en regard de la tubérosité du condyle externe.
Tests de Renne et de Noble.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Étamsylate (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP + IED.

### Zone d'application

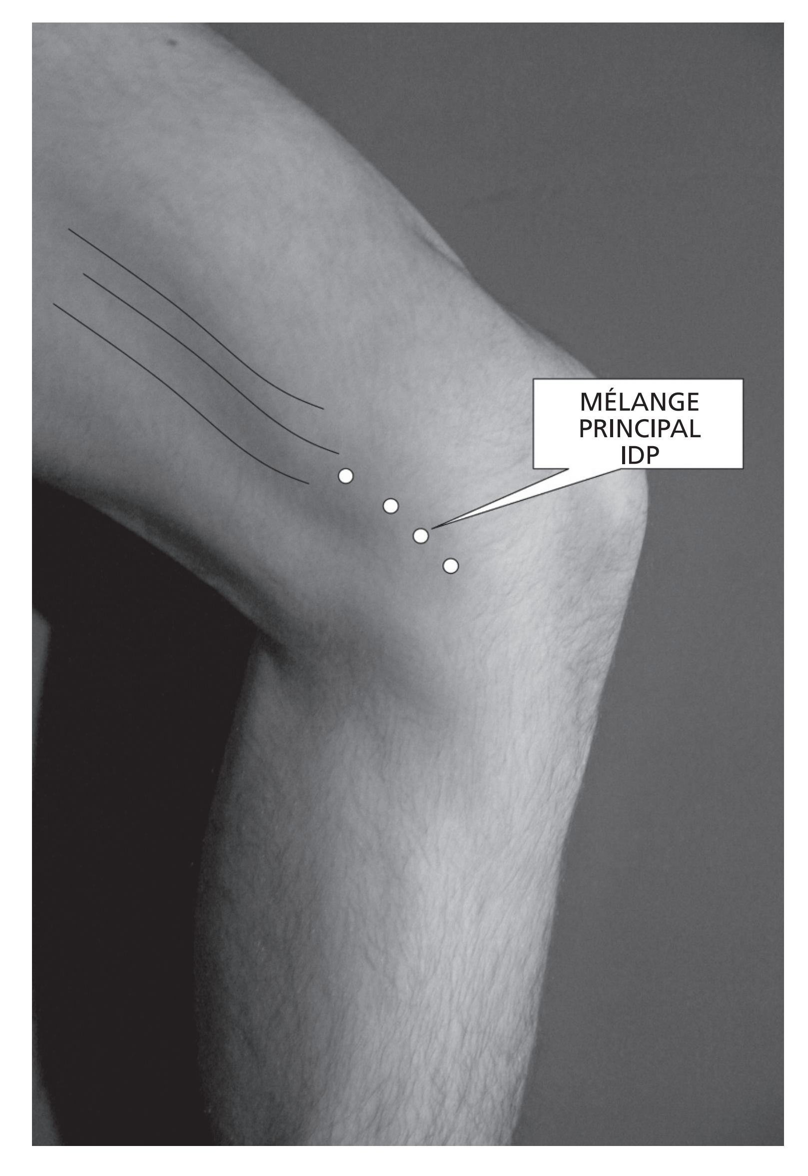
Mélange principal en regard de la face externe du genou.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Syndrome de balayage**

# Syndrome du canal carpien en phase subaiguë

## MOTS CLÉS

CANAL CARPIEN – TENDINITE – LIGAMENTITE – FIBROSE

## DÉFINITION

Poussées inflammatoires des tendons fléchisseurs et du nerf médian contenu dans le canal carpien limité en avant par le ligament annulaire antérieur du carpe.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Souffrance des tendons fléchisseurs et du nerf médian secondaire à un épaississement fibreux du ligament annulaire antérieur du carpe.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du poignet avec irradiation à l'avant-bras associée à des paresthésies des doigts.
Points douloureux à la pression digitale au pli supérieur du poignet entre grand et petit palmaires.
Signe de Tinel positif ainsi que le test de compression par brassard.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Électromyogramme.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

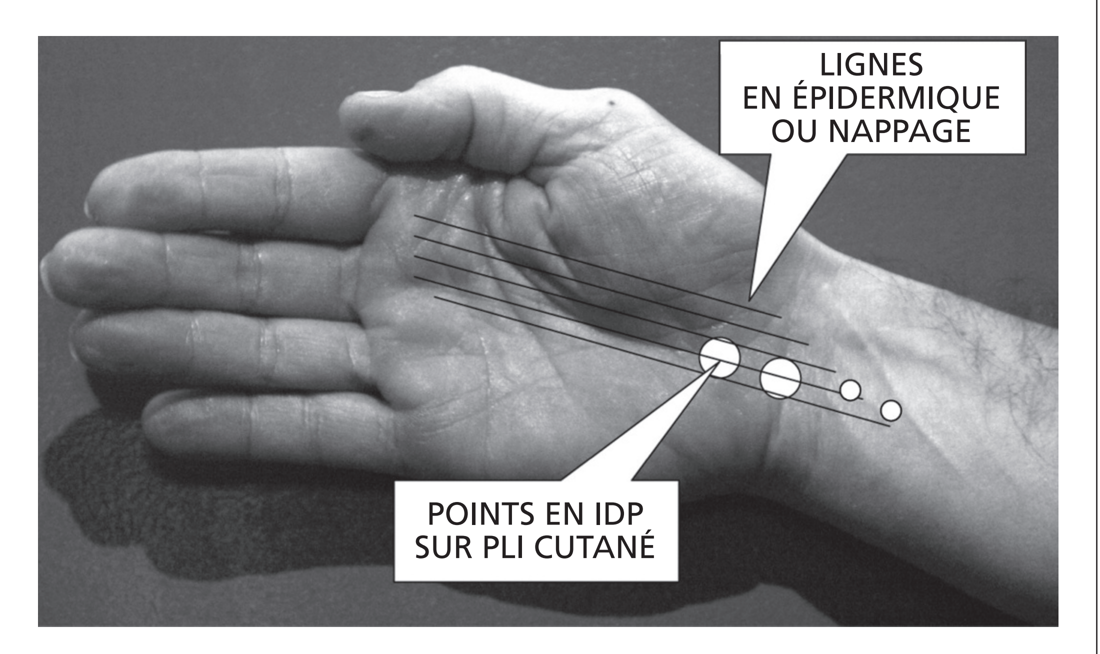
Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

Mélange principal en regard du canal carpien et mélange complémentaire en regard de la face antérieure de l'avant-bras.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.




**Canal carpien**

# Syndrome du carrefour postérieur en phase aiguë (queue de l'astragale)

## MOTS CLÉS

SYNDROME DU CARREFOUR – TENDINITE – APONÉVROSITE

## DÉFINITION

Inflammation de l'articulation talo-crurale postérieure secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive (football, danse).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire touchant l'articulation talo-crurale postérieure faisant suite à des flexions plantaire forcées (frappes du cou de pied au football, impulsions en danse, percussion du sol par le talon).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient en rétromalléolaire externe et pré-achilléen.
Douleur à la pression digitale de la gouttière rétromalléolaire externe.
Douleur au test d'impaction postérieur (flexion plantaire forcée et percussion sur le talon).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : MPS (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Étamsylate (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en DHD.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en DHD + IED.

### Zones d'application

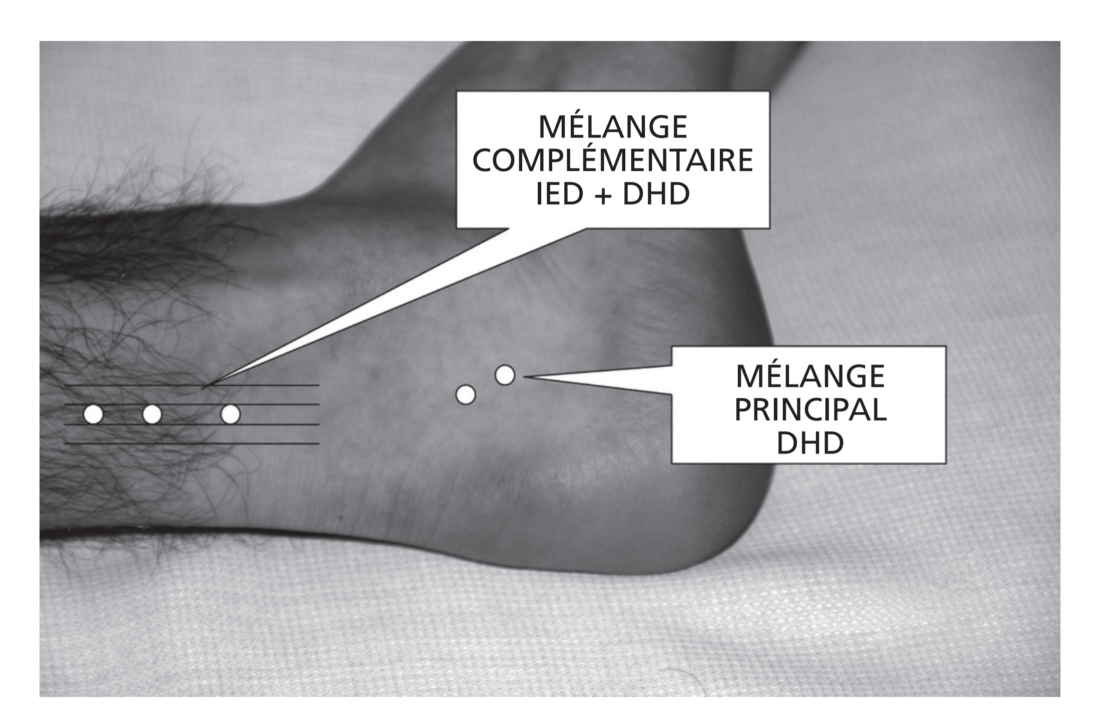
Mélange principal en regard de la gouttière rétromalléolaire externe et mélange complémentaire en regard du mollet.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Syndrome du carrefour postérieur en phase aiguë (queue de l'astragale)**

# Syndrome de loge chronique antéro-latérale de jambe

## MOTS CLÉS

SYNDROME DE LOGE – CRAMPE – CONTRACTURE

## DÉFINITION

Ensemble des manifestations cliniques et paracliniques dues à une hypertension tissulaire à l'intérieur de la loge antéro-latérale, induisant ainsi une compression ischémique des structures tissulaires, musculaires et nerveuses.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Hyperpression tissulaire secondaire soit à une augmentation excessive du volume du muscle à l'effort, soit à une réduction de l'espace ou des propriétés physiques des structures anatomiques de la loge.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur diffuse survenant à l'effort à type de crampes ou de contractures.
Mollet dur à la palpation.
Étirement passif douloureux après effort.
Contraction isométrique douloureuse et limitée.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Prise de pression musculaire dynamique.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Procaïne 2 % (1 cc) + pentoxifylline (3 cc) + complexe vitaminique (1 flacon) en IDP + IED ou IDS.

### Zones d'application

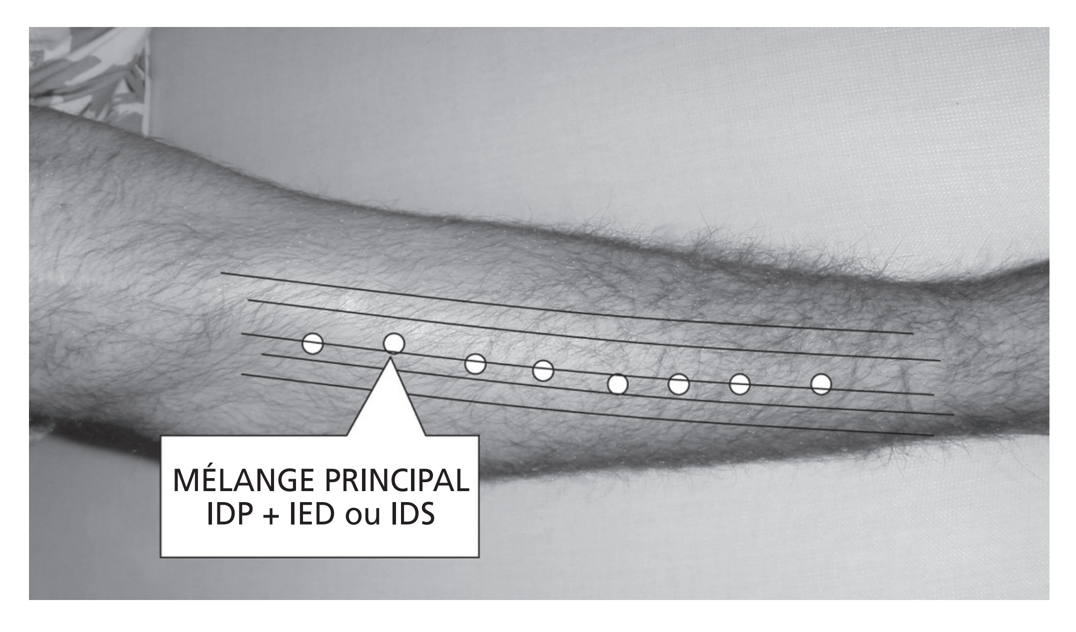
Mélange principal en regard de la loge antéro-latérale de haut en bas.

### Rythme

J1, J8, J15.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Chirurgie si échec.




**Syndrome de loge chronique antéro-latérale de jambe**

# Tabac – mésoacupuncture

## MOTS CLÉS

MÉSOACUPUNCTURE – SEVRAGE – TABAC – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

La mésoacupuncture est une technique de sevrage tabagique associant trois traitements : la mésothérapie, l'acupuncture et une thérapie comportementale cognitive.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Sevrage tabagique.

## EXAMEN CLINIQUE

Étude protocolisée à remplir.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS en papule.

### Mélange principal

- eau physio 5 cc ;
- calcitonine 100 UI 0,5 cc ;
- vitamine C 0,5 cc.

### Mélange complémentaire

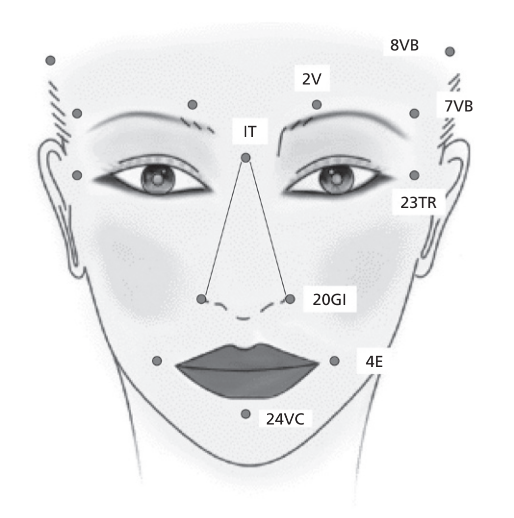
Si terrain stressé, mésostress (*cf* p. 258) :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

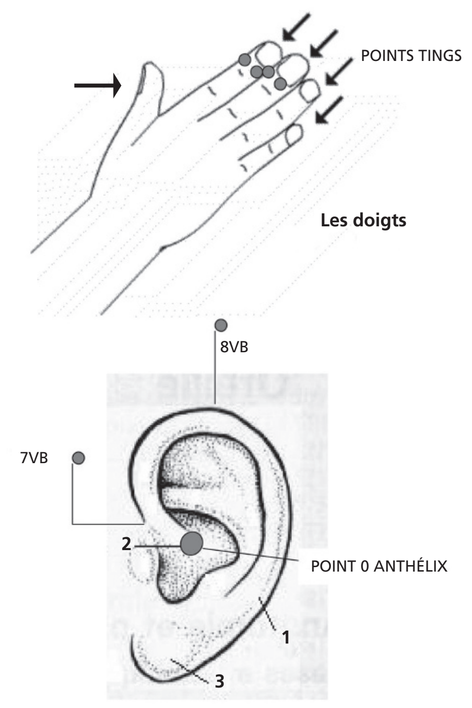
### Zones d'application

Visage (26 points tabac), index, majeur, oreille (*cf.* figures ci-contre).

### Rythme

J1, J7, J14, J21 et si reprise.

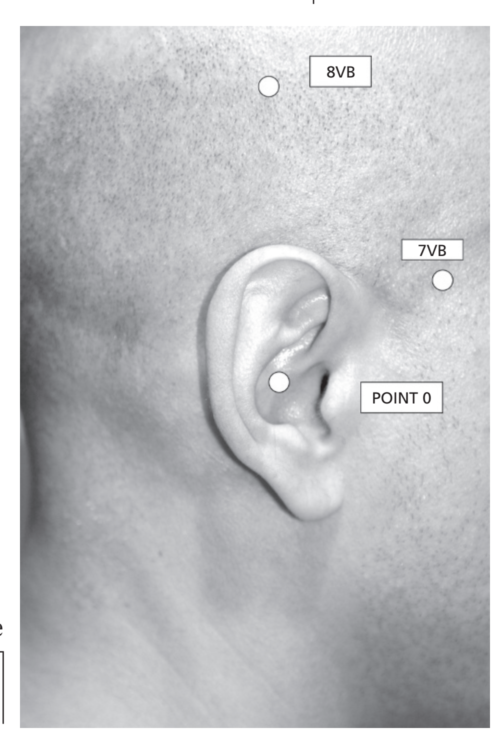



POINTS TABAC

| 2V | 23TR | IT | 20GI | 7VB | 8VB | 24VC | 4E | PT | O |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 Vessie | 23 Triple réchauffeur | Inn trang | 20 Gros intestin | 7 Vésicule biliaire | 8 Vésicule biliaire | 24 Vaisseau conception | 4 Estomac | Point ting | Point 0 anthélix |
| Tête sourcil légère dépression | 1 cm angle externe œil | Sommet du nez | Départ sillon nasogénien | 2 travers de doigt en AV et au-dessus attache pavillon oreille | 2 travers de doigt au-dessus et verticale pavillon oreille | 1 cm dessous lèvre inf. | 1 cm en dehors commissure labiale | 2 et 3e doigt angle unguéal | Anthélix centre oreille |

**Point tabac**




**Points tabac oreille**

68 % d'efficacité selon notre étude épidémiologique clinique. (d'après Bonnet *et al.*)

# Tachycardie paroxystique, extrasystolie sur dysneurotonie

## MOTS CLÉS

DYSNEUROTONIE – DYSFONCTION – MÉSOSTRESS – TACHYCARDIE EXTRASYSTOLE

## DÉFINITION

Dysfonctions cardiaques. Troubles du rythme cardiaque dans le cadre d'une dysneurotonie en dehors ou en complément de toute pathologie cardiovasculaire associée.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Activation du système nerveux sympathique. Somatisation d'un état de tension intérieure. Dysfonction.

## EXAMEN CLINIQUE

Vérification de la négativité du bilan cardiologique et du caractère purement dysneurotonique.
Recherche des points de stress (*cf.* figure ci-contre).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils devront confirmer la cause purement neurotonique, bilan cardiologique par le spécialiste, bilan biologique.

## TRAITEMENT MÉSOTHERAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.
Nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur point douloureux.

### Mélange principal

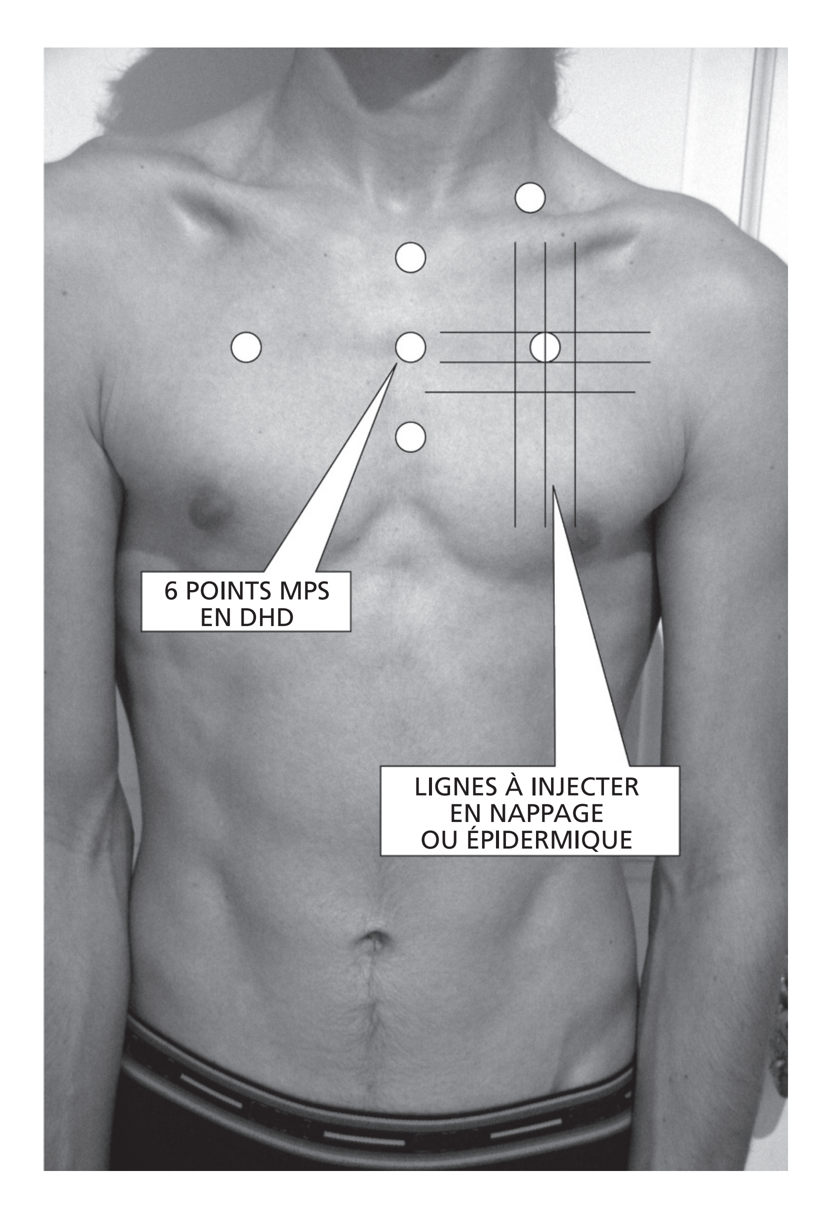
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitriptyline 1 cc.

### Zones d'application

Point par point IDP : plexus solaire, 4$^{e}$ espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médiocrânien.
Épidermique IED : zone thoracique précordiale antérieure.

### Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande.




**Cartographie MPS cardiothoracique**

# Télangiectasie

## MOTS CLÉS

MÉSOMICROSCLÉROSE – MÉSODRAIN – INSUFFISANCE VEINEUSE – ARTÉRITE – TÉLANGIECTASIE

## DÉFINITION

Traitement des varicosités superficielles inesthétiques de la peau qui sont des petits vaisseaux dilatés en permanence.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Hypertension veineuse, dysplasie ou fragilité pariétale.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan angéologique standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mésomicrosclérose : injection dans le capillaire avec le biseau de l'aiguille orienté vers le haut, à l'aide d'une loupe.

### Mélange principal

- xylocaïne 1 % adrénaliné 0,2 cc ;
- sclérémo® 2 cc ;
- eau ppi 0,8 cc.

### Mélange complémentaire

Systématique mésodrain (*cf* p. 156) :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

### Zones d'application

Dans les télangiectasie pour la mésomicrosclérose.
Sur les axes vasculaires pour le mésodrain.

### Rythme

J1, J15, J30 et si besoin.





**Mésomicrosclérose des télangiectasies**

Traitement symptomatique utile sur les membres inférieurs où les lasers sont souvent peu efficaces.

# Tendinopathie des adducteurs de la cuisse en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation des tendons adducteurs à la face interne de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et les corps musculaires des adducteurs de la cuisse.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne de la cuisse.
Douleurs à la pression digitale des tendons et des corps musculaires, à la mobilisation active, passive (étirements) et aux tests résistés.
Douleur à la pression pubienne dans le cadre d'une pubalgie basse.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

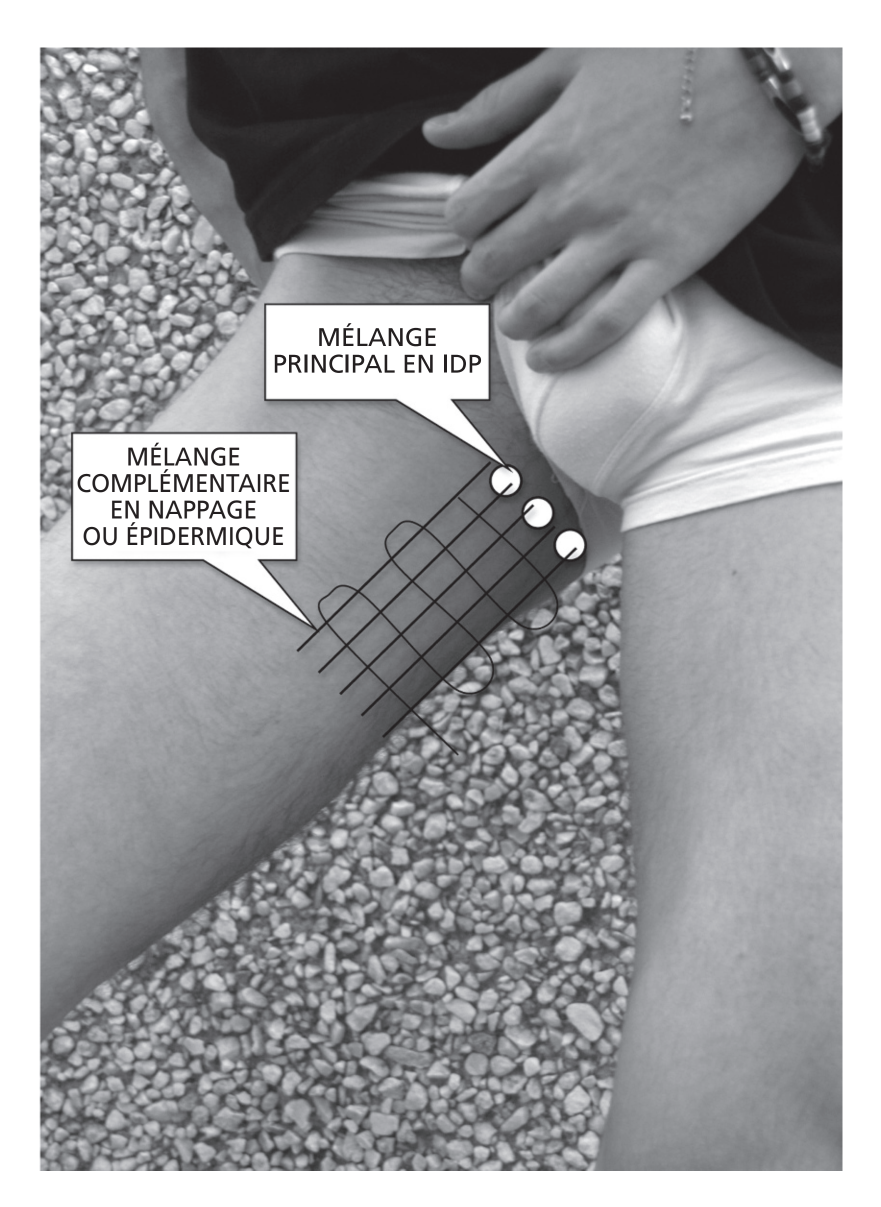
Mélange principal en regard de l'insertion pubienne des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face interne de la cuisse.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite des adducteurs**

# Tendinopathie du biceps brachii au coude en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TÉNOSYNOVITE – LIGAMENTITE – ÉPITROCHLÉITE – ÉPICONDYLITE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon du biceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face antérieure du coude.
Douleur à la pression digitale du tendon au-dessous du pli du coude.
Test isométrique : flexion résistée de l'avant-bras sur le bras.
Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension de l'avant-bras sur le bras.

## EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

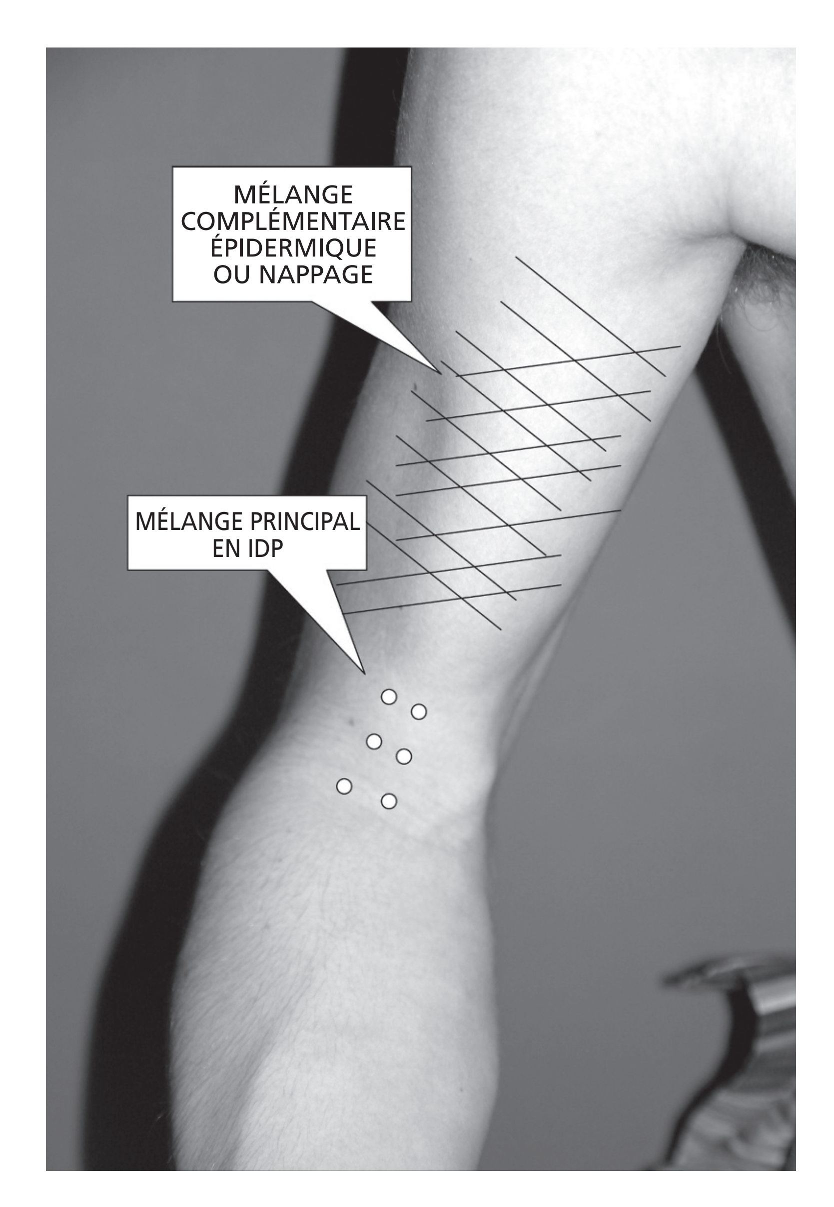
Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinopathie du biceps brachii en phase aiguë**

# Tendinopathie calcanéenne corporéale en phase aiguë (tendon d'Achille)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE – PÉRITENDINOPATHIE – ACHILLE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive ou faisant suite à des troubles de la statique plantaire.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques, foyer infectieux dentaire ou ORL).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.
Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon, recherche de nodules (microruptures).
Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

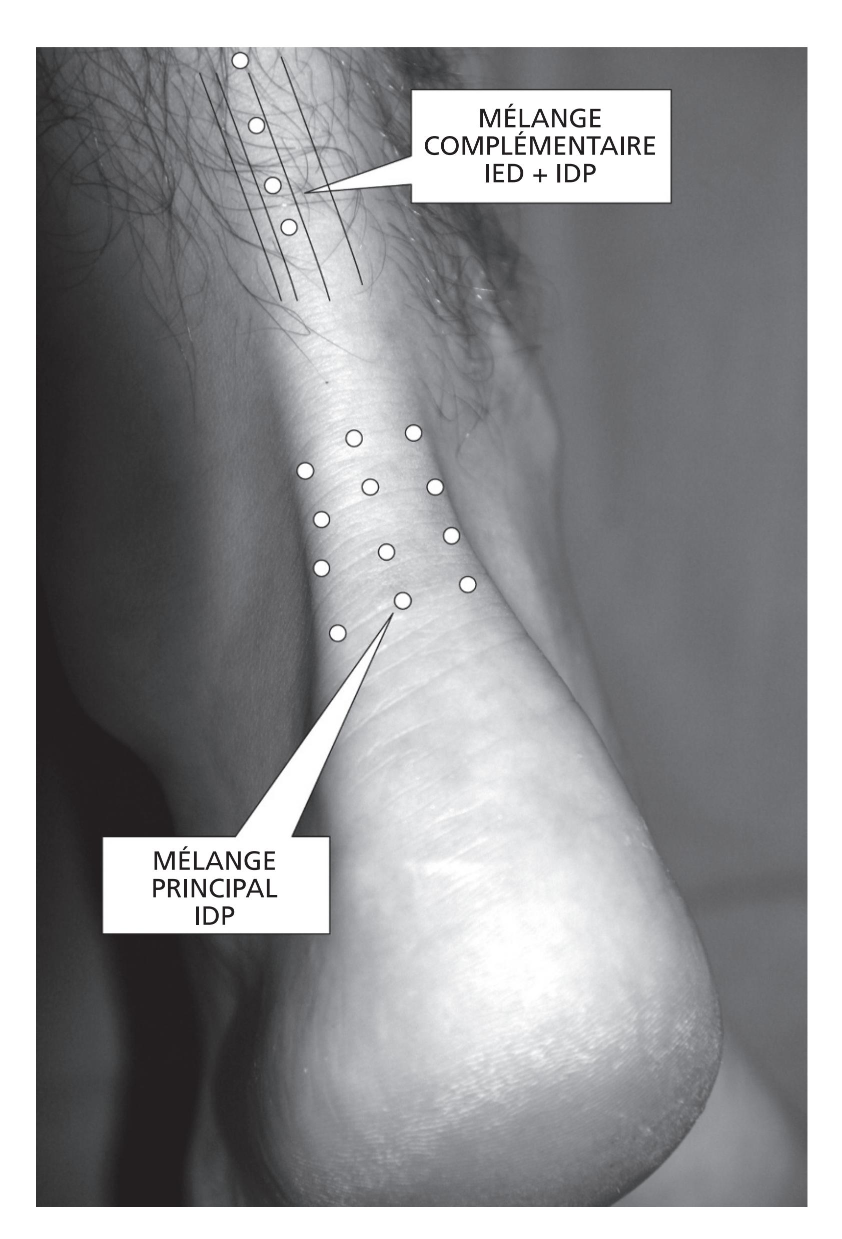
Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie calcanéenne corporéale en phase aiguë (talon d'Achille)**

# Tendinopathie calcanéenne d'insertion en phase aiguë (tendon d'Achille)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE – PÉRITENDINOPATHIE – ACHILLE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son insertion sur le calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés lors de pratiques sportives ou faisant suite à un mauvais chaussage.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure du talon avec dérouillage matinal.
Douleur à la pression digitale en regard de l'insertion du tendon.
Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

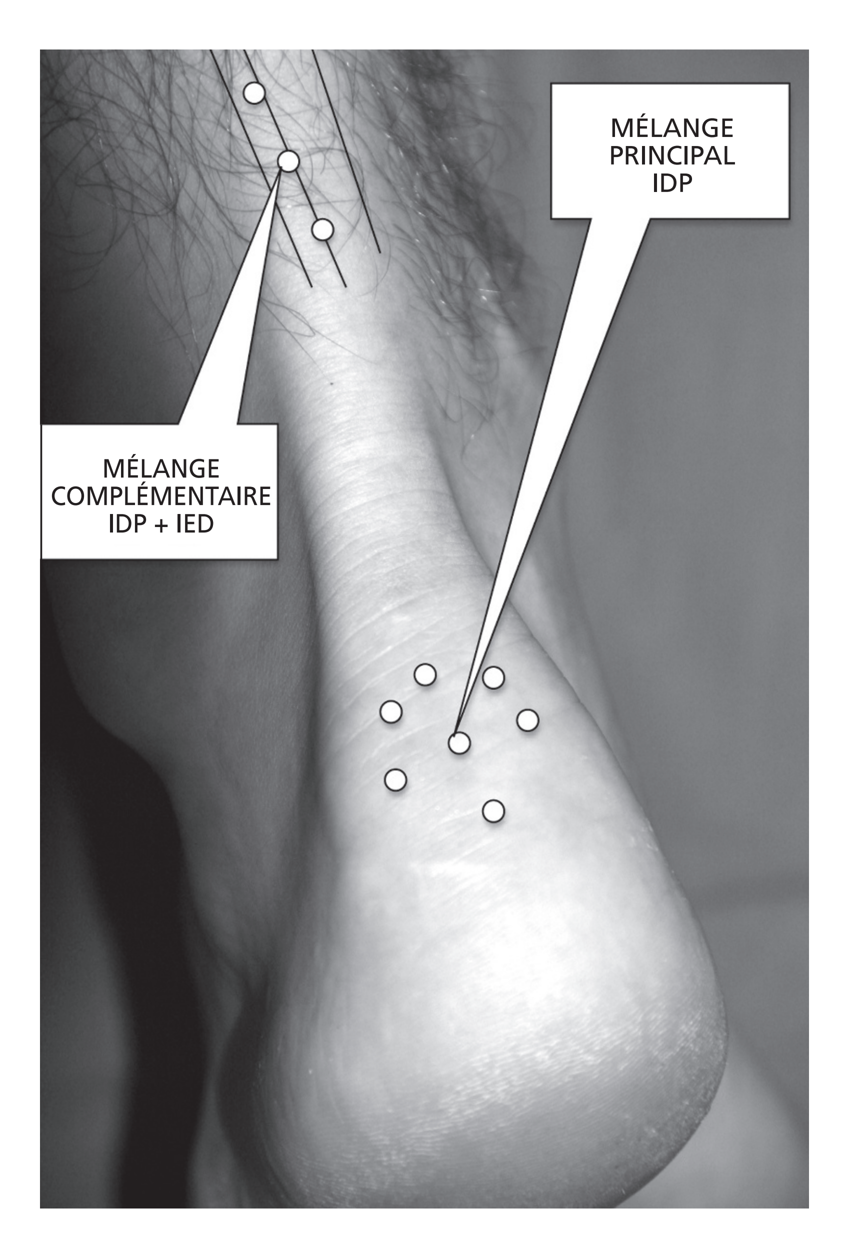
Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie calcanéenne d'insertion**

# Tendinopathie calcifiante du supraspinatus en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE CALCIFIANTE – CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Inflammation (associée à une calcification) ou secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif associé à une calcification portant sur une partie du tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antérosupérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochiter.
Test isométrique : abduction contrariée du membre supérieur à 30°.
Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction rétropulsion (main dos).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard montrant la calcification homogène unie ou polylobée.

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Technique

Point par point (IDP).

### Mélange : phase 1

Lidocaïne 2 % (2 cc) en IDP.

### Mélange : phase 2

Chélateur calcique (2 cc) en IDP.

### Zones d'application

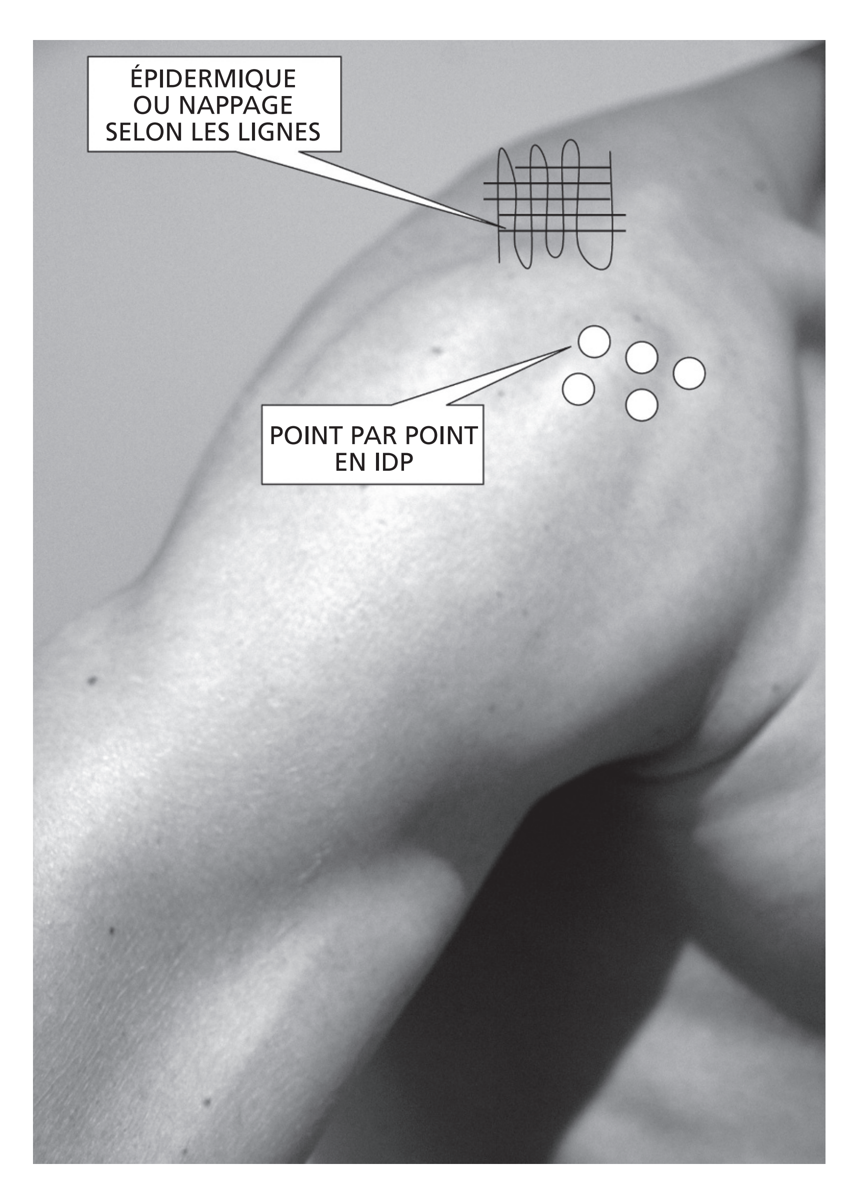
Mélange phase 1, puis 4 minutes après mélange phase 2, en regard de la calcification.

### Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite du sus-épineux**

# Tendinopathie du court fibulaire en phase aiguë (court péronier latéral)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE

## DÉFINITION

Inflammation de l'insertion du tendon court fibulaire en regard de l'apophyse styloïde du V^e^ métatarsien secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du court fibulaire (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe du pied.
Douleur à la pression digitale de l'apophyse du V^e^ métatarsien.
Douleur en éversion contre résistance.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHERAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

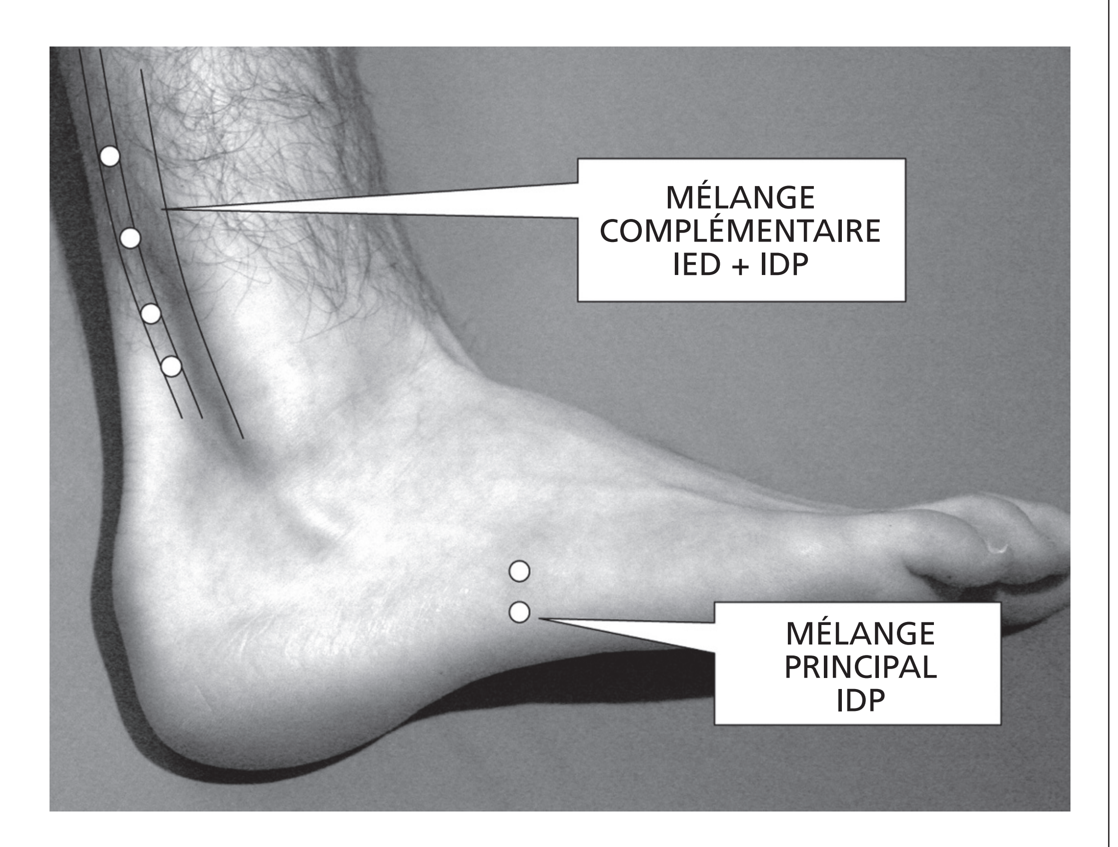
Mélange principal en regard du tendon à la face externe du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie du court fibulaire en phase aiguë (court péronier latéral)**

# Tendinopathie des extenseurs des doigts en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – LIGAMENTITE – TENDINITE

## DÉFINITION

Inflammation des gaines et des tendons extenseurs correspondant des doigts à la face externe du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons extenseurs et les gaines synoviales correspondantes.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face dorsale du poignet avec irradiation à l'avant-bras.
Douleur à la pression digitale des tendons provoquée par des mobilisations actives et passives du poignet.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

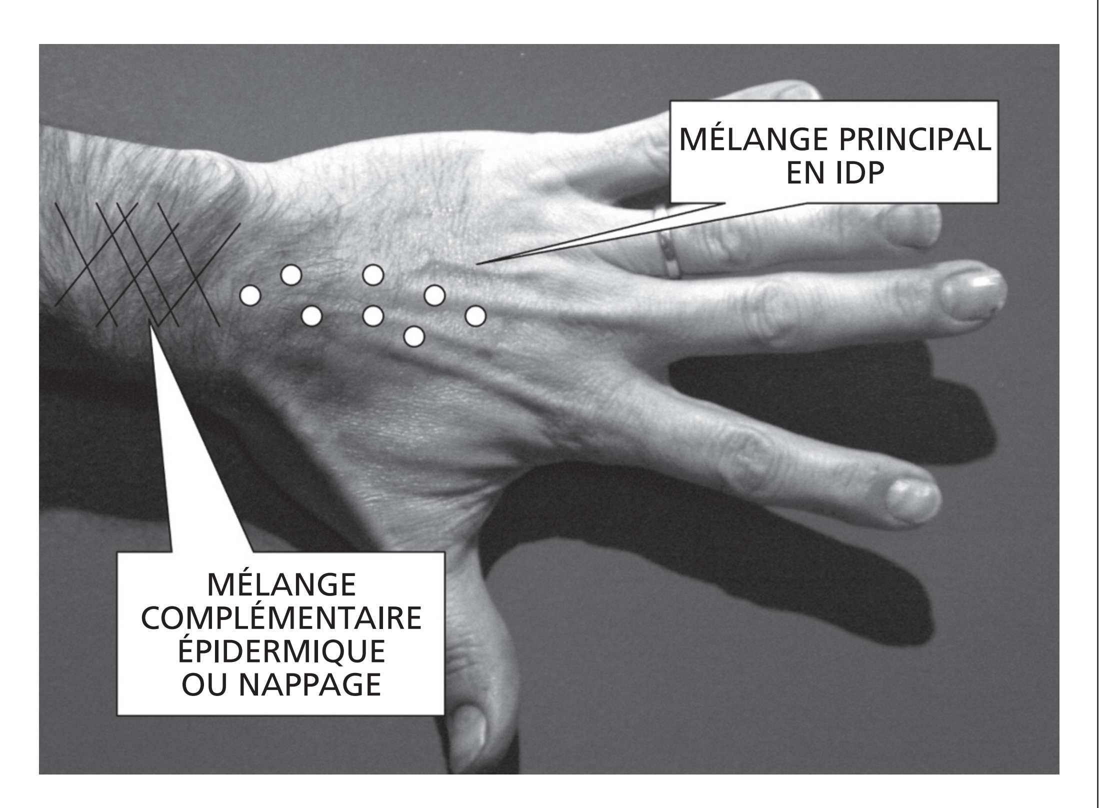
Mélange principal en regard des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants, à l'avant-bras.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinopathie des extenseurs des doigts**

# Tendinopathie des fléchisseurs du poignet (grand et petit palmaires) en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – LIGAMENTITE – TENDINITE

## DÉFINITION

Inflammation des tendons fléchisseurs à la face ventrale du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons fléchisseurs et les gaines synoviales correspondantes.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du poignet avec irradiation à la main et à la face antérieure de l'avant-bras.
Douleur à la pression digitale des tendons à la face antérieure du poignet, exagérée par une flexion résistée de la main sur l'avant-bras.
Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension passive du poignet sur l'avant-bras.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

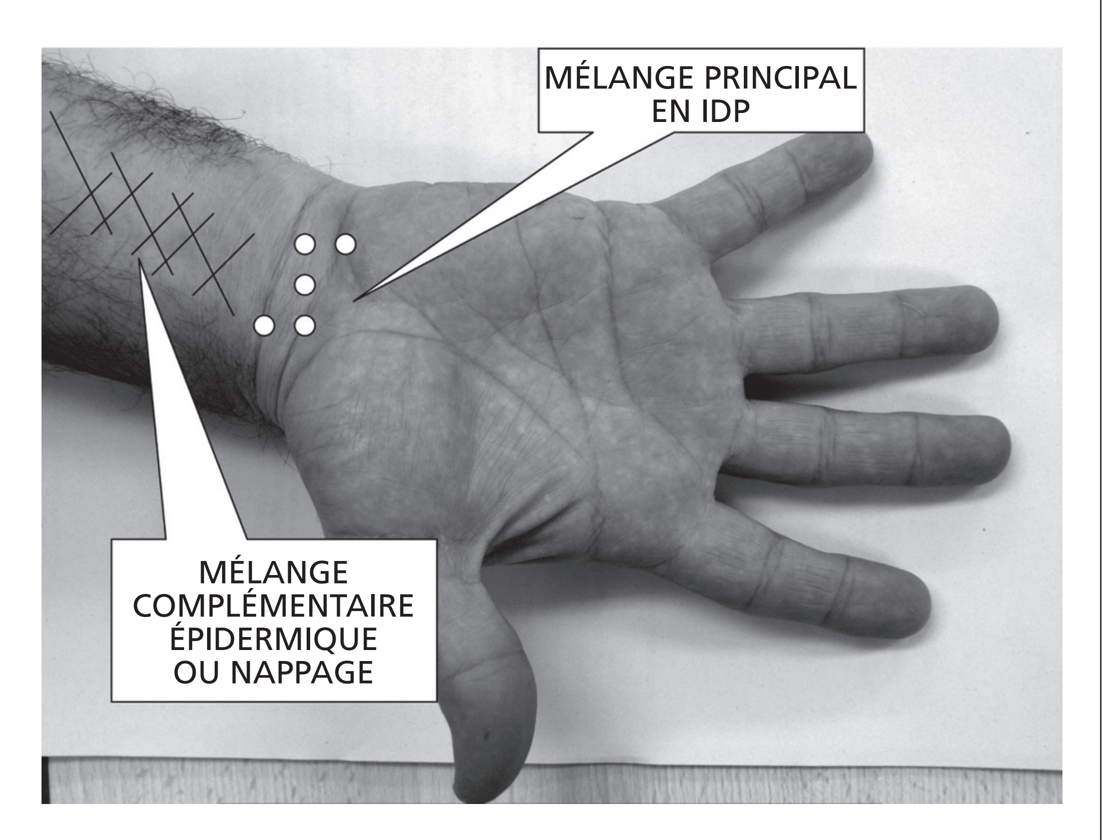
Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à l'avant-bras.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinopathie des fléchisseurs du poignet**

# Tendinopathie du grand fessier en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon du grand fessier à la face postérieure de la hanche secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du grand fessier.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche.
Douleurs à la pression digitale en regard du tendon du grand fessier sur l'épine iliaque postéro-supérieure entre la sacro-iliaque et le ligament ilio-lombaire, douleurs exagérées par un test résisté : extension contrariée de la cuisse sujet en décubitus ventral.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

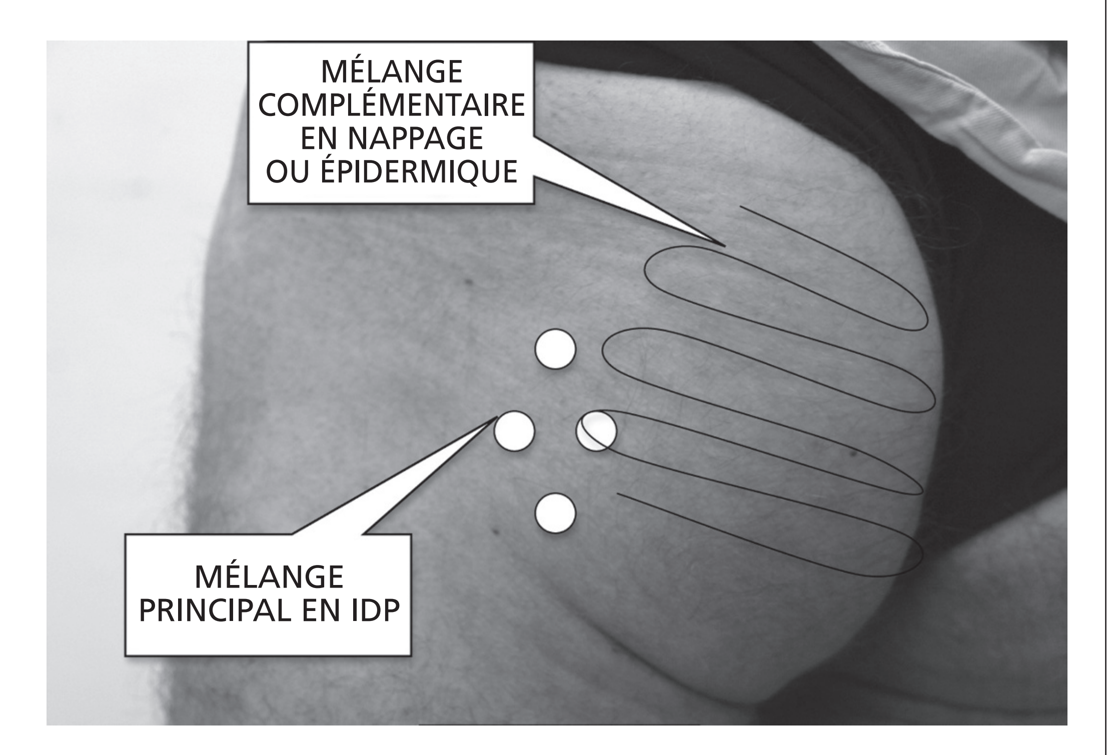
Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face postérieure de la hanche.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinite du grand fessier**

# Tendinopathie de l'infraspinatus en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINOPATHIE CALCIFIANTE – CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle postérosupérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale du tendon au sommet du sillon dorsobrachial.
Test isométrique : coude au corps abduction rotation externe résistée.
Test passif assisté : main épaule opposée.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.
Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.
IRM, arthroscanner.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

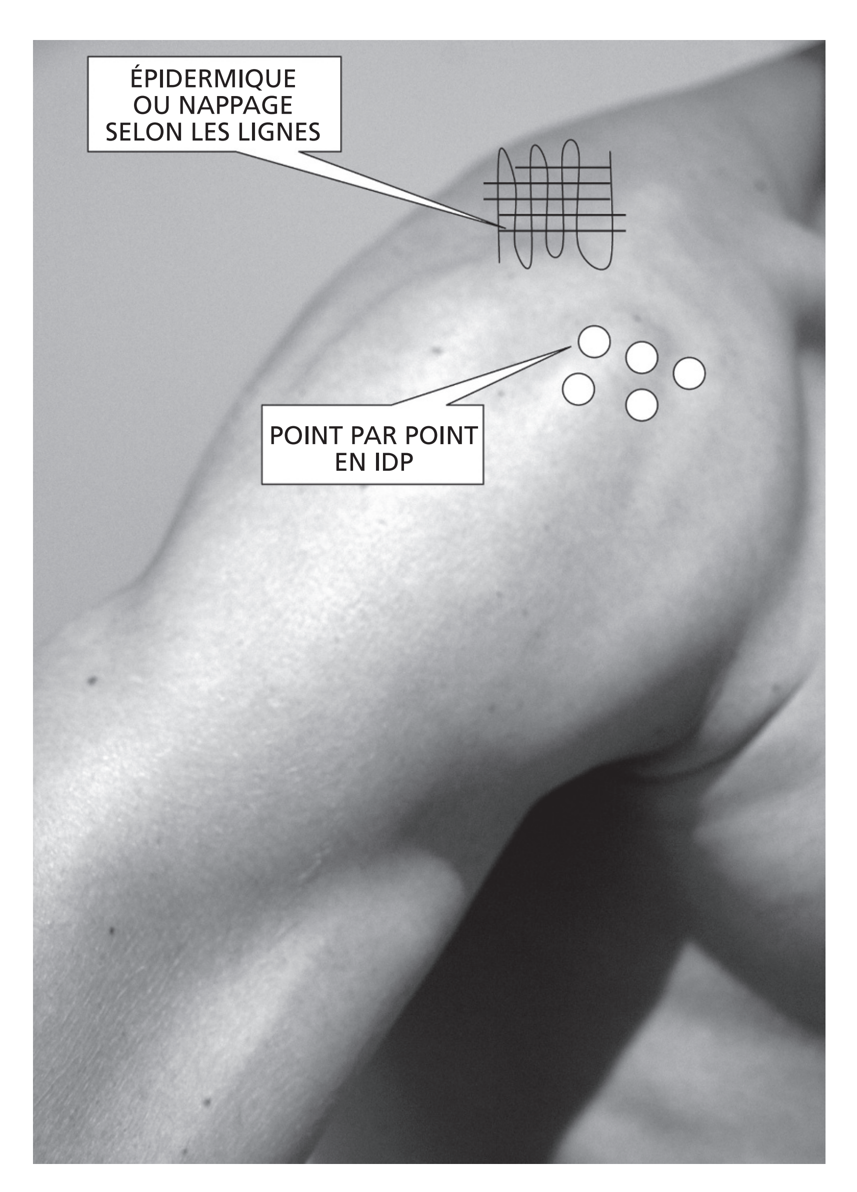
Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite du sous-épineux**

# Tendinopathie ischio-jambier (insertion haute) en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation des tendons des ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons (insertion haute) et les corps musculaires des ischio-jambiers.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche et postéro-supérieure de la cuisse.
Douleurs provoquées par la flexion antérieure de la cuisse, patient en décubitus dorsal.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

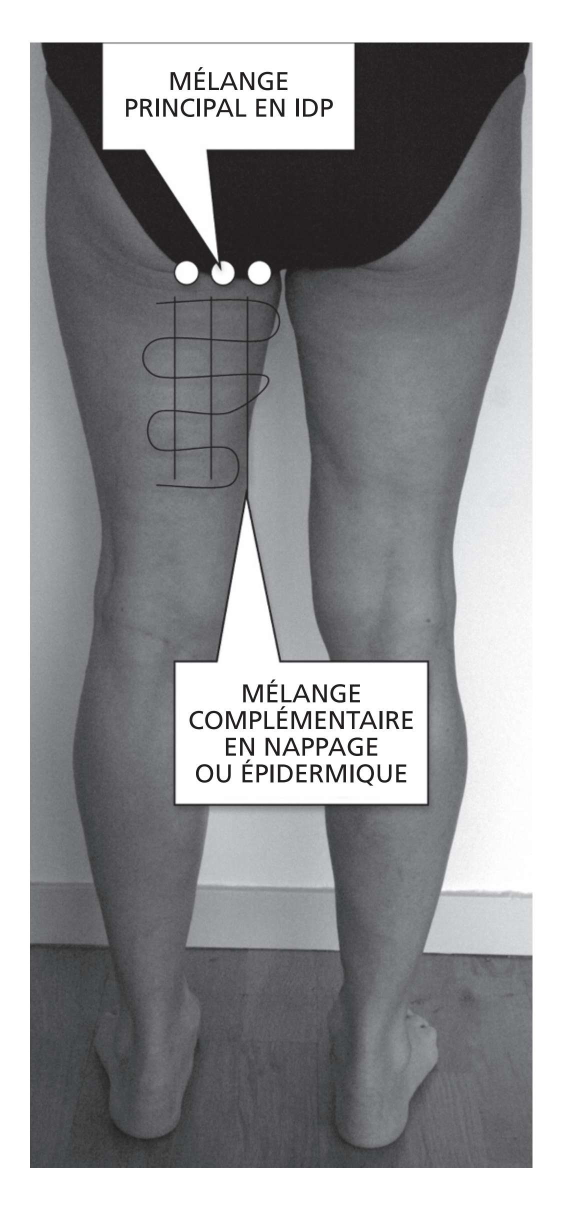
Mélange principal en regard de l'insertion des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face postérieure de la fesse et de la cuisse.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinite ischio-jambier – insertion haute**

# Tendinopathie du long fibulaire en phase aiguë (long péronier latéral)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE

## DÉFINITION

Inflammation de la gaine du tendon du long fibulaire en arrière et en dessous de la malléole externe secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du long fibulaire avec œdème péritendineux (excès d'entraînement, séquelle d'entorse talo-crurale externe, chaussage inadapté).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la cheville.
Douleur à la pression digitale en arrière et sous la malléole externe avec œdème.
Douleur à l'étirement du long fibulaire en flexion plantaire et adduction.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Étamsylate (2 cc) + piroxicam (1 cc) + lidocaïne 1 % (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

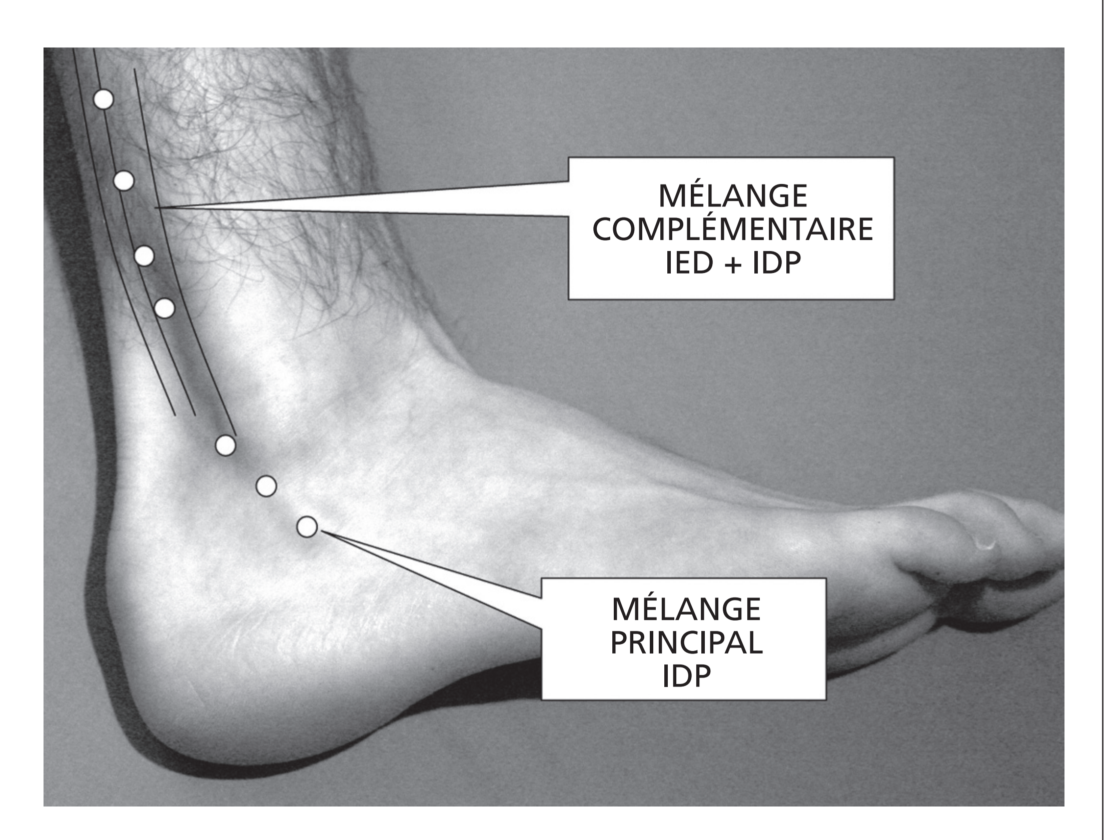
Mélange principal en rétro- et sous-malléolaire externe et mélange complémentaire en regard du corps musculaire sur la face antéro-externe de jambe.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie du long fibulaire en phase aiguë (long péronier latéral)**

# Tendinopathie du moyen fessier en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon du moyen fessier à la face externe de la hanche secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du moyen fessier.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la hanche.
Douleurs à la pression digitale en regard du tendon du moyen fessier à la face externe du grand trochanter, douleurs exagérées par un test résisté en abduction.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Échographie, IRM

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

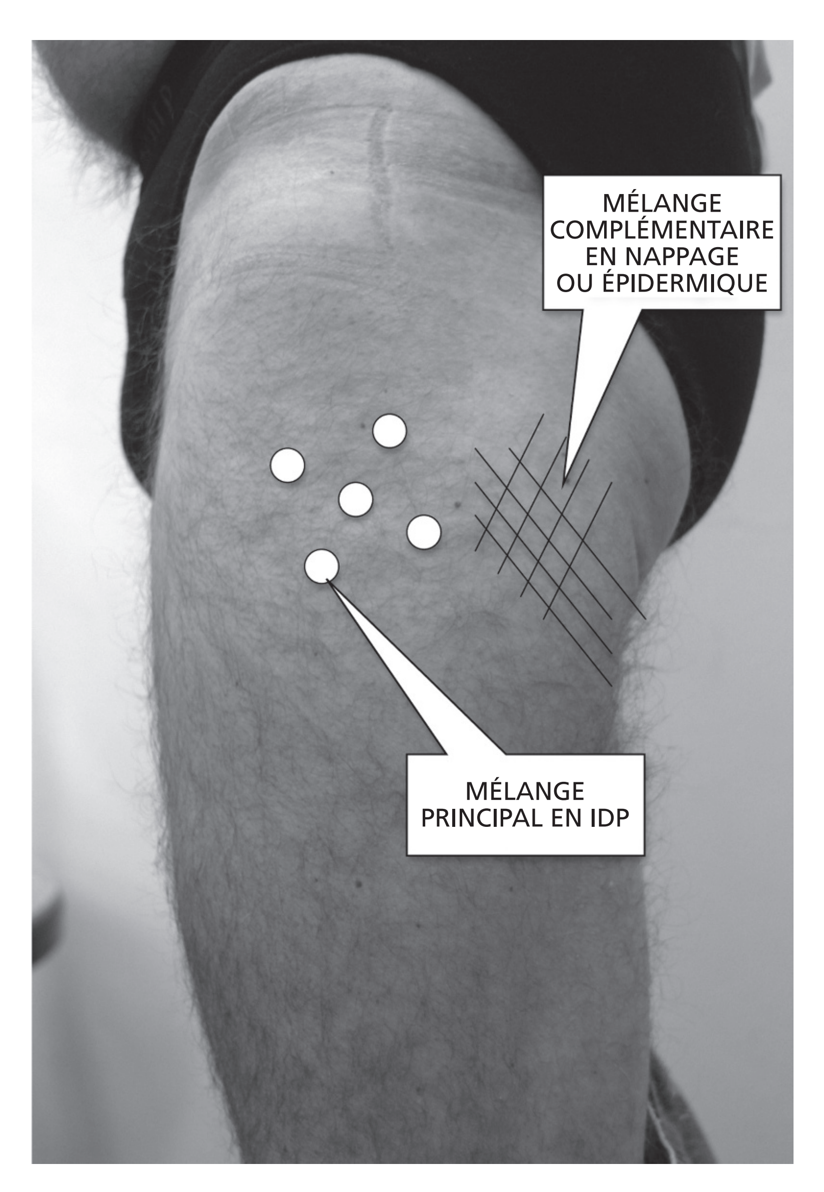
Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face externe de la hanche.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinite du moyen fessier**

# Tendinopathie de la patte-d'oie en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – SYNDROME PATTE-D'OIE

## DÉFINITION

Inflammations des tendons du *sartorius*, du *semi-membranosus* et du *semi-tendinosus* en regard de la face interne de l'extrémité supérieure du tibia, deux travers de doigt sous l'interligne articulaire en dedans de la TTA, secondaires à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion des différents tendons de la patte-d'oie.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face inféro-interne du genou.
Douleurs à la pression digitale en regard de l'insertion des différents tendons.
Douleurs aux tests contre résistance : adduction ; flexion rotation interne du genou fléchi à 90°.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

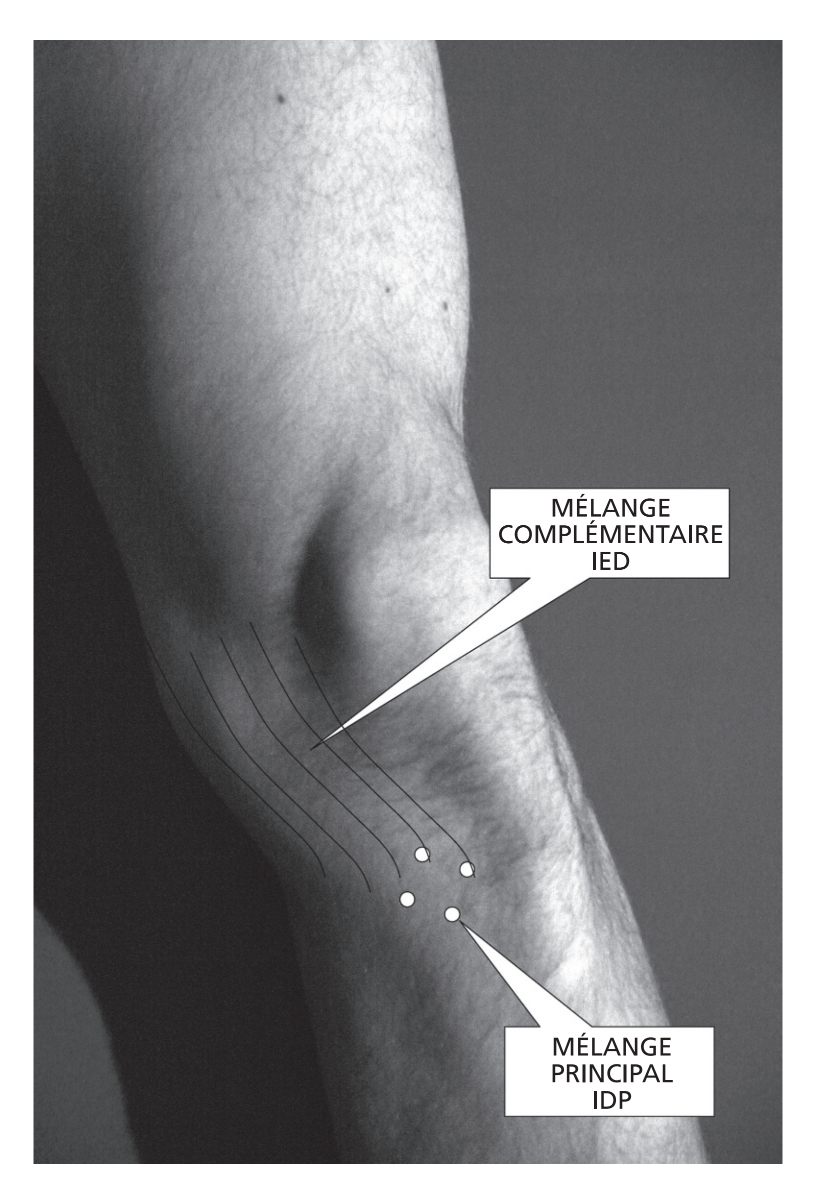
Mélange principal en regard des insertions des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires concernés.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinite de la patte-d'oie**

# Tendinopathie du popliteus en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINITE – LIGAMENTITE – GONALGIE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon poplité en regard du compartiment postéro-externe du genou, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon poplité consécutif à l'onde de choc du pied à la course.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postéro-externe du genou à la course.
Douleurs à la pression digitale en regard de la fossette ovoïde du condyle fémoral.
Test du tabouret.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

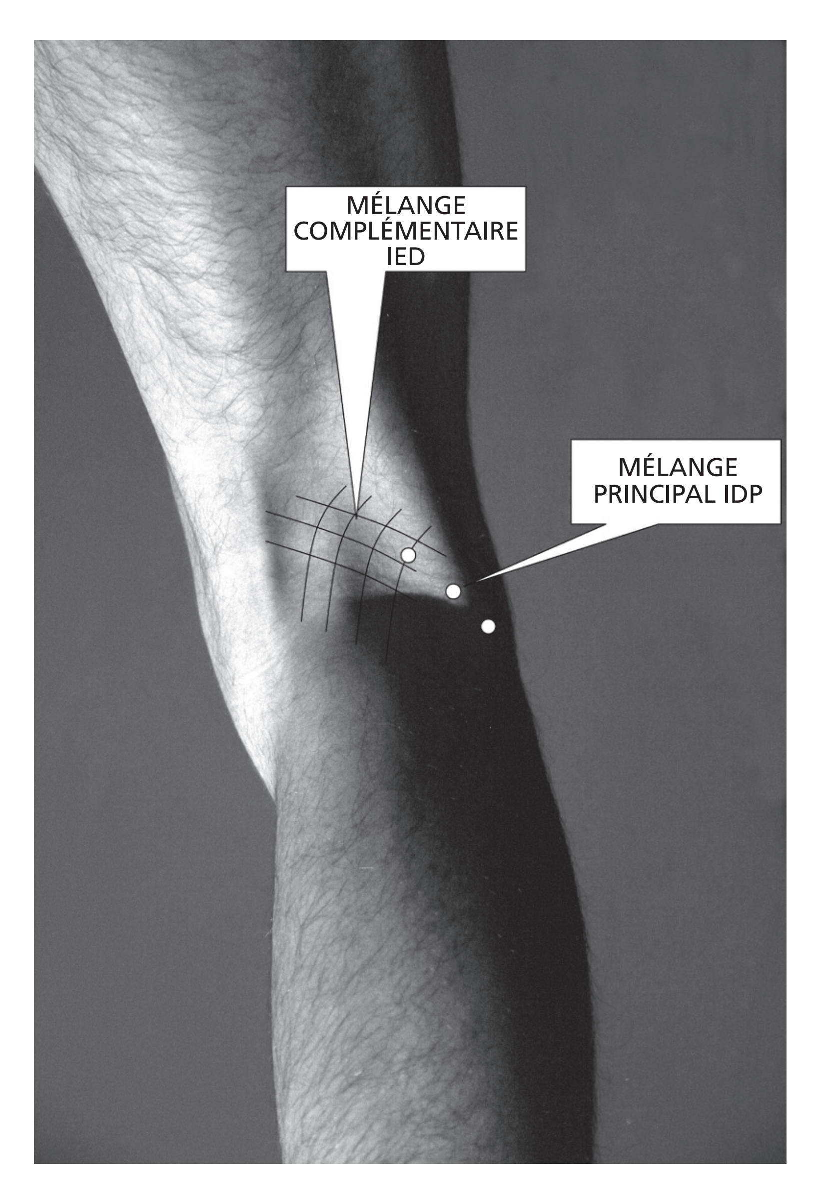
Mélange principal en regard de l'insertion sur le condyle fémoral et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT(S) COMPLÉMENTAIRE(S)

Rééducation.




**Tendinite du popliteus**

# Tendinopathie quadricipitale en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon quadricipital soit dans le corps du tendon, soit en regard du bord supérieur de la rotule secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon quadricipital et ses différentes zones d'insertion.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-inférieure de la cuisse et en sus-rotulien.
Douleurs à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.
Douleurs à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, genou fléchi à 45°.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

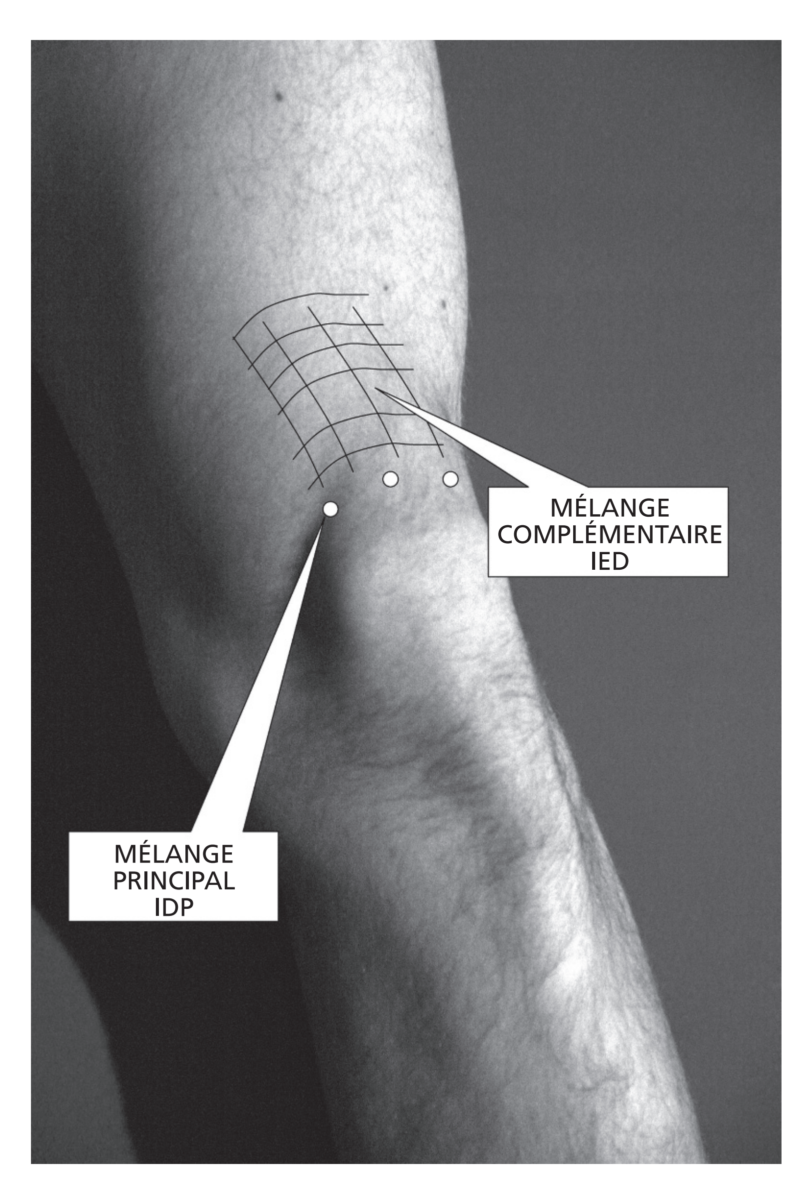
Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard du 1/3 inférieur du quadriceps.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite quadricipitale**

# Tendinopathie du rectus femoris (droit antérieur) de la cuisse en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE – RECTUS FEMORIS

## DÉFINITION

Inflammation du tendon du droit antérieur à la face antéro-externe de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du droit antérieur de la cuisse.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-externe de la cuisse.
Douleurs résistées à la flexion antérieure de la cuisse.
Douleur à l'étirement de la cuisse en arrière.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

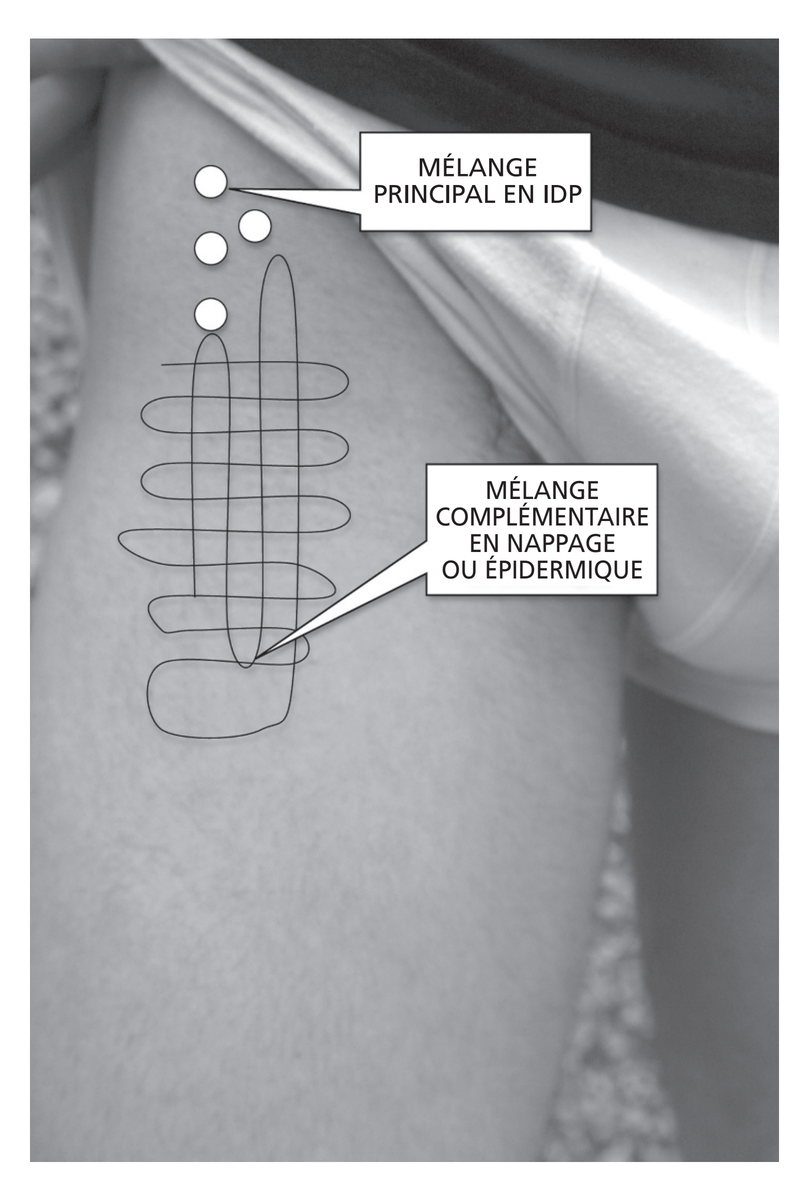
Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face antéro-externe de la cuisse.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinite du rectus femoris**

# Tendinopathie rotulienne en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINITE – LIGAMENTITE – CONTRACTURE – ÉLONGATION – DÉCHIRURE – DYSPLASIE

## DÉFINITION

Inflammations du tendon rotulien en regard de la tubérosité tibiale antérieure et/ou du tiers moyen du tendon et/ou en regard de la pointe de rotule secondaires à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon rotulien et ses différentes zones d'insertion.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du genou.
Douleurs à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.
Douleurs à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, sujet assis ou en décubitus dorsal.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard, échographie, IRM.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IED.

### Zones d'application

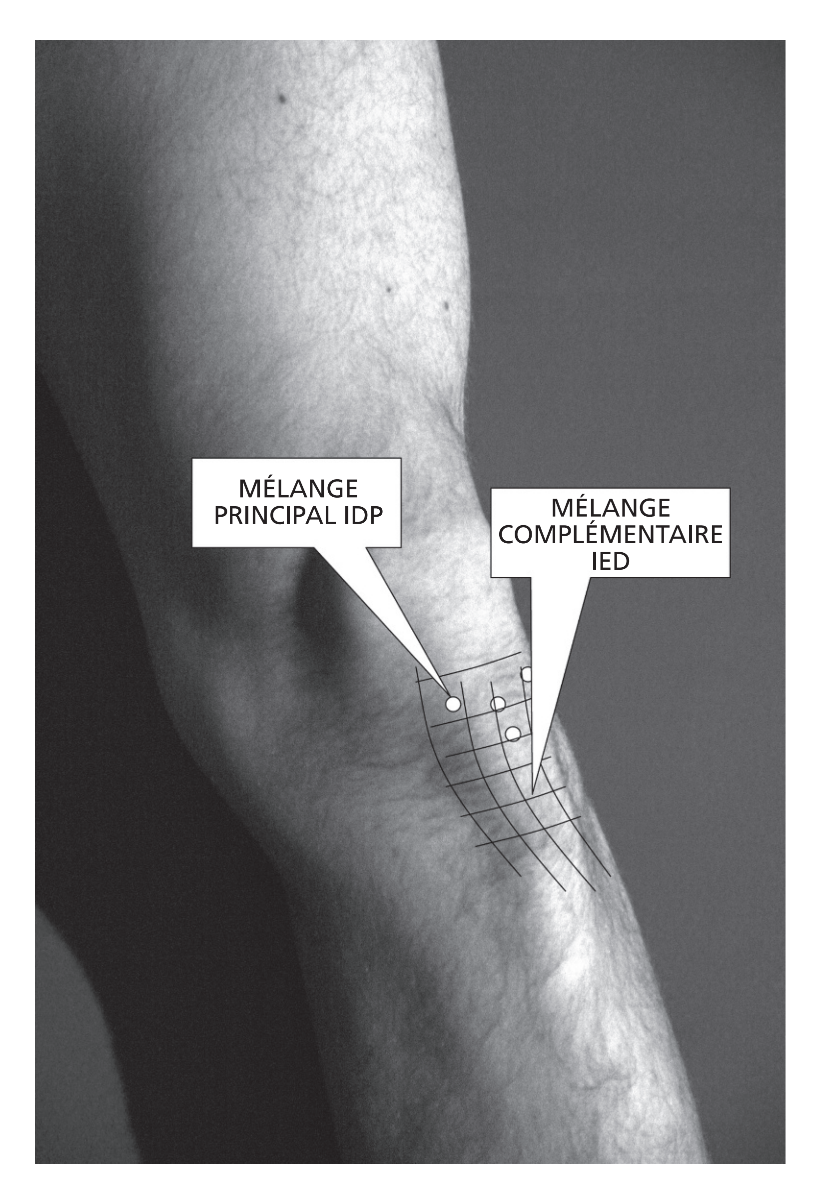
Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard de la face antérieure du genou.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite rotulienne**

# Tendinopathie du subscapularis en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINOPATHIE CALCIFIANTE – CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle supéro-interne de l'épaule.
Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochin en dedans du biceps.
Test isométrique : coude au corps abduction rotation interne résistée.
Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction rétropulsion (main dos).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.
Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.
IRM, arthroscanner.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

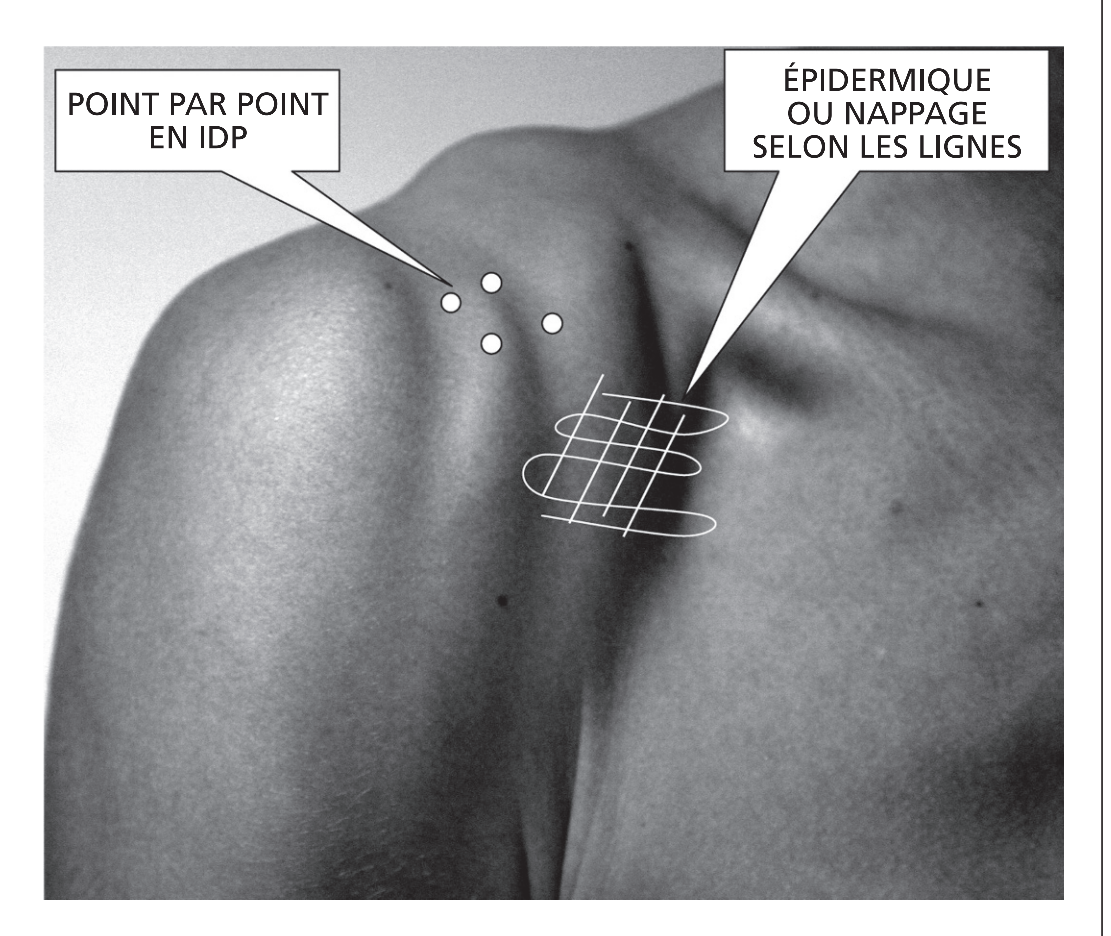
Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite du sous-scapulaire**

# Tendinopathie du supraspinatus en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TENDINOPATHIE CALCIFIANTE – CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.
Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochiter.
Test isométrique : abduction contrariée du membre supérieur à 30°.
Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction rétropulsion (main dos).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.
Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.
IRM, arthroscanner.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite calcifiante du sus-épineux**

# Tendinopathie du tibial antérieur en phase aiguë (jambier antérieur)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE

## DÉFINITION

Inflammation de la gaine du tendon du tibial antérieur en regard du cou de pied secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du tendon du tibial antérieur avec sensation de crépitation (excès d'entraînement, chaussage mal adapté, troubles de la statique plantaire).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-interne de la cheville.
Douleur à la pression digitale avec sensation de crépitation.
Douleur à l'étirement en flexion plantaire.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

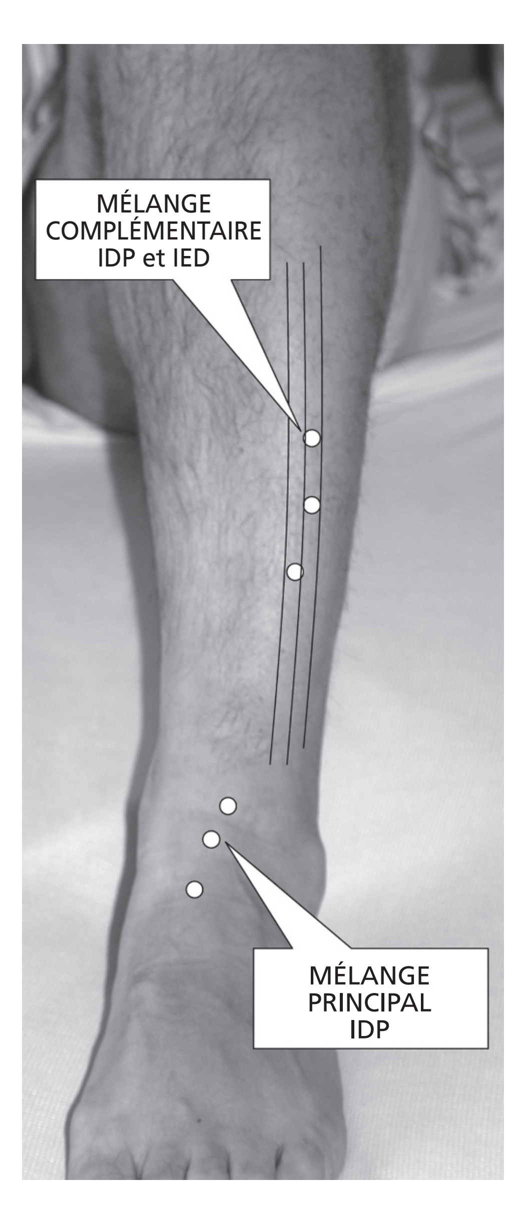
Mélange principal en regard du tendon à la face antéro-interne de la cheville et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie du tibial antérieur en phase aiguë (jambier antérieur)**

# Tendinopathie du tibial postérieur en phase aiguë (jambier postérieur)

## MOTS CLÉS

TENDINITE – TENDINOPATHIE

## DÉFINITION

Inflammation de l'insertion du tendon du tibial postérieur en regard du tubercule de l'os naviculaire (scaphoïde tarsien) secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du tibial postérieur (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du pied.
Douleur à la pression digitale du tubercule de l'os naviculaire.
Douleur au test isométrique en flexion plantaire et abduction.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) en IDP + IED.

### Zones d'application

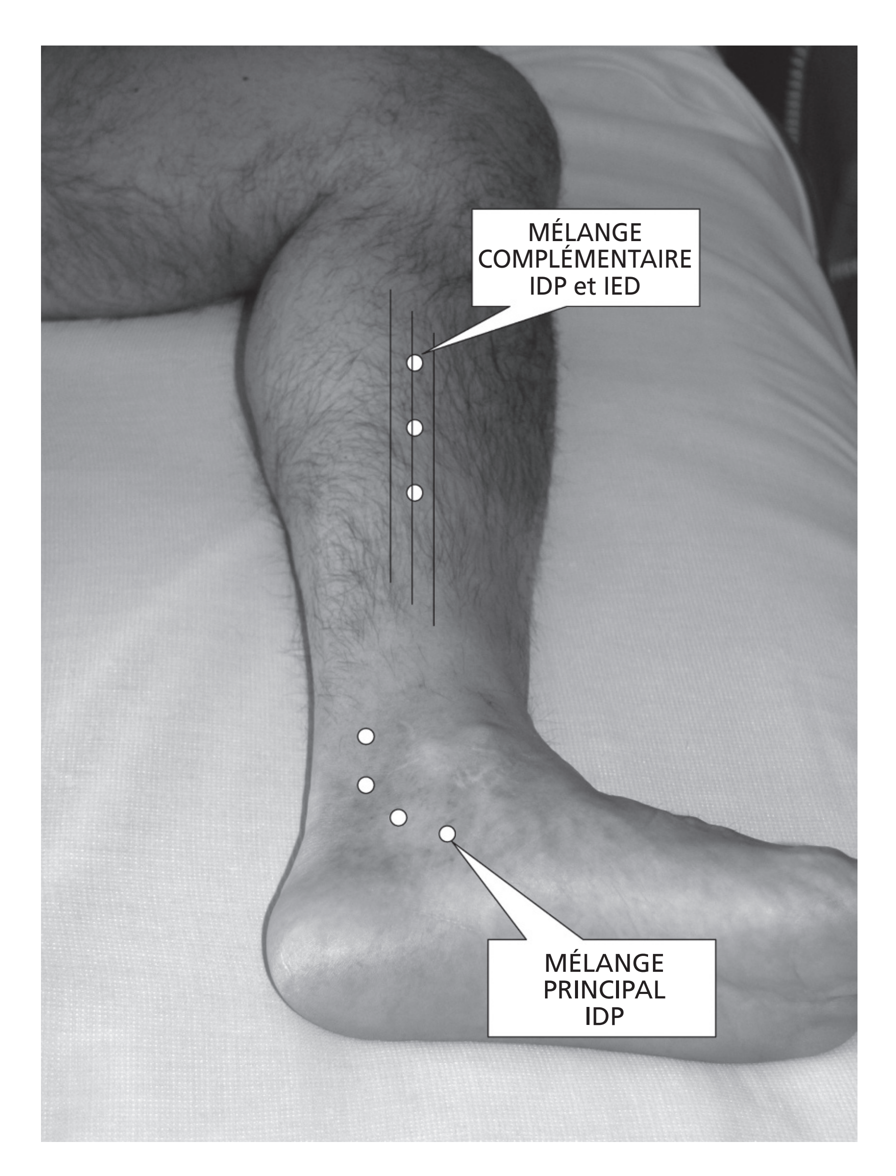
Mélange principal en regard du tendon à la face interne du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30.

## TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Rééducation, semelles orthopédiques.




**Tendinopathie du tibial postérieur en phase aiguë (jambier postérieur)**

# Tendinopathie du triceps brachii au coude en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TENDINOPATHIE – TÉNOSYNOVITE – LIGAMENTITE

## DÉFINITION

Inflammation du tendon du triceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face postérieure du coude.
Douleur à la pression digitale du tendon sur l'olécrane.
Test isométrique : extension résistée de l'avant-bras sur le bras.
Test passif assisté : douleur exagérée par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + pentoxifylline (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

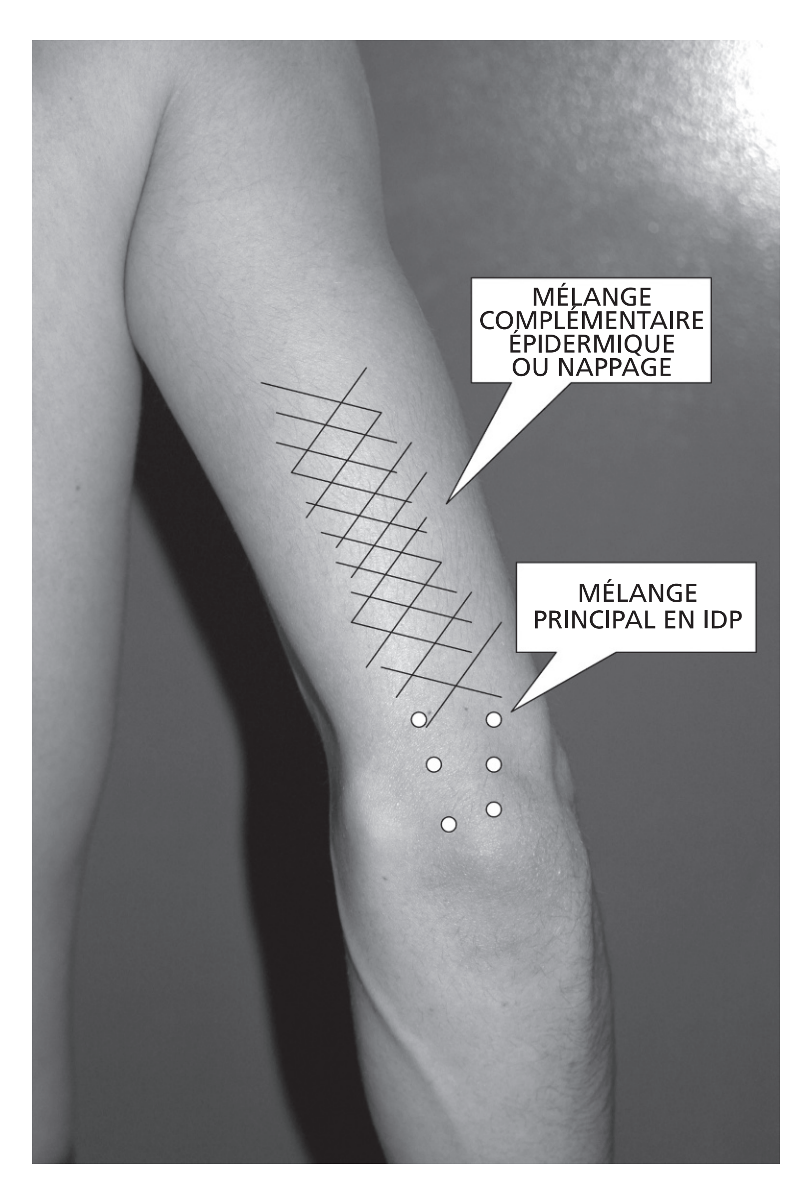
Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

### Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution.




**Tendinopathie du triceps brachii en phase aiguë**

# Ténosynovite du biceps brachii en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TÉNOSYNOVITE – CONFLIT SOUS-ACROMIAL – CAPSULITE – TENDINITE – LIGAMENTITE – ARTHROPATHIE – PÉRIARTHRITE

## DÉFINITION

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon et de sa gaine synoviale.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur la partie antéromédiane de l'épaule.
Douleur à la pression digitale du couple tendon–gaine synoviale dans le sillon intertuberculaire.
Test isométrique : élévation antérieure du membre supérieur main en supination maximale.
Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction rétropulsion (main dos).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.
Échographie pour visualiser l'œdème synovial.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques mixtes

Point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + étamsylate (2 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

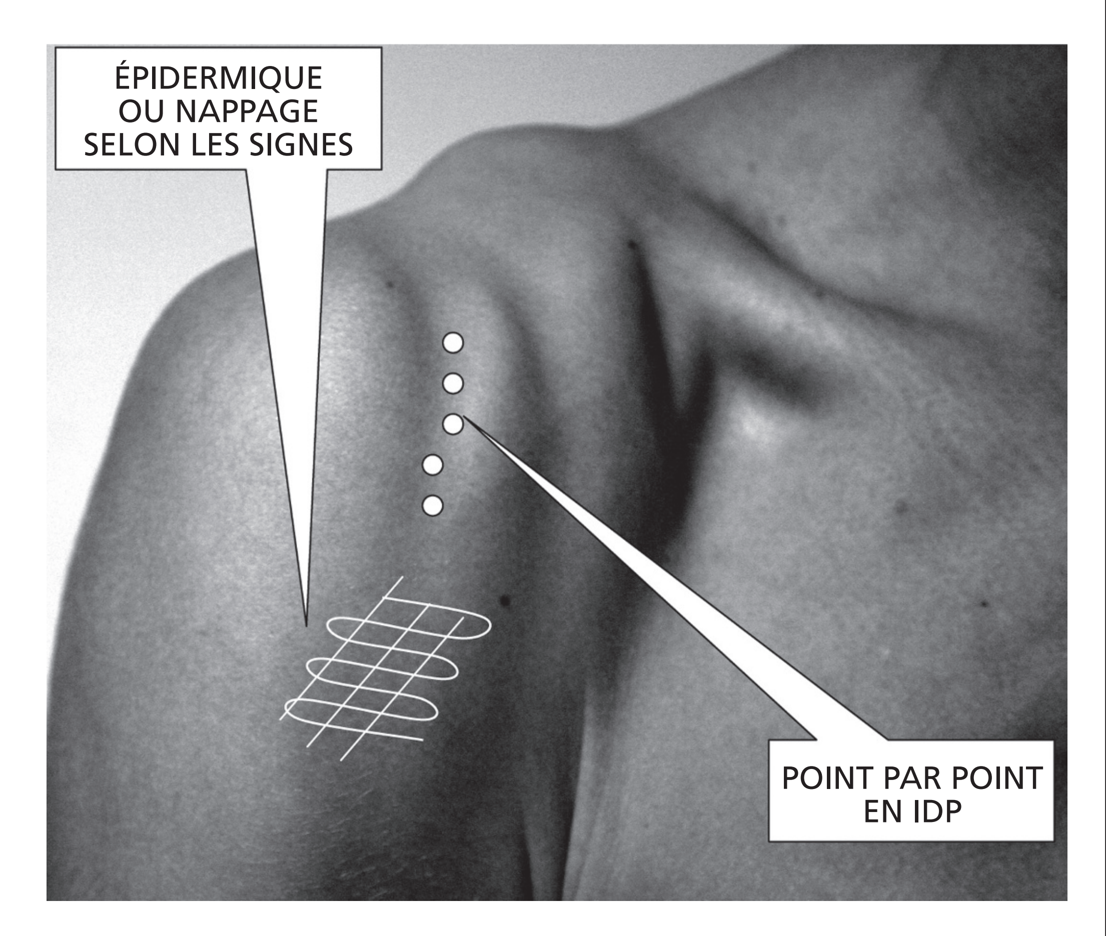
Mélange principal en regard du tendon et de la gaine synoviale et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

### Rythme

J1, J8, J15, J30 pour la forme commune.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation.




**Tendinite du long biceps**

# Ténosynovite de De Quervain en phase aiguë

## MOTS CLÉS

TÉNOSYNOVITE – TENDINOPATHIE – LIGAMENTITE – TENDINITE – DE QUERVAIN

## DÉFINITION

Inflammation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce dans leur gaine synoviale dans la tabatière anatomique secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

## PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et leurs gaines synoviales.

## EXAMEN CLINIQUE

Douleur spontanée à la face externe du poignet.
Douleur à la pression digitale sous la styloïde radiale d'une tuméfaction avec parfois un crépitement neigeux à la palpation.
Test d'étirement : douleur à la flexion adduction du pouce.
Test passif assisté : douleur exagérée par une mobilisation rotative du pouce.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standard et échographie.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

### Mélange principal

Lidocaïne 1 % (2 cc) + piroxicam (1 cc) + calcitonine 100 UI (1 cc) en IDP.

### Mélange complémentaire

Lidocaïne 1 % (2 cc) + thiocolchicoside (2 cc) + étamsylate (1 cc) en IED ou IDS.

### Zones d'application

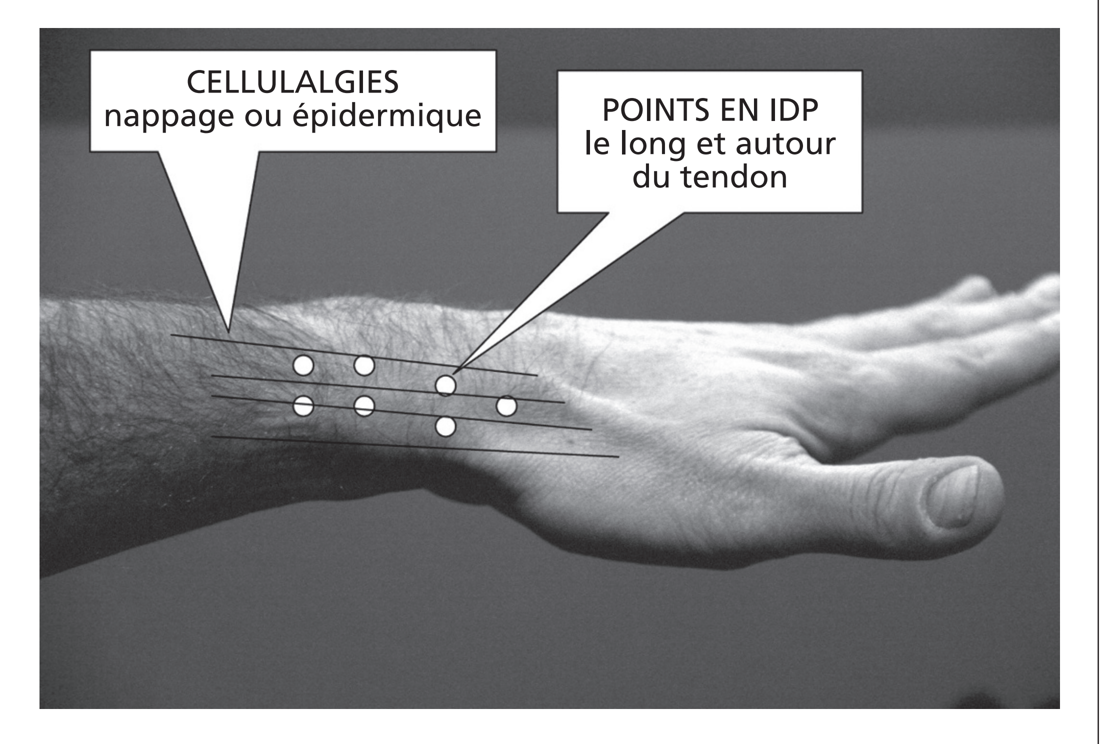
Mélange principal en regard des synoviales et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants à l'avant-bras.

### Rythme

J1, J8, J15.

## TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Rééducation selon l'évolution et infiltration en cas d'échec.




**Tendinopathie de de Quervain**

# Trachéite

## MOTS CLÉS

APHONIE – TRACHÉITE – LARYNGITE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTRESS

## DÉFINITION

Inflammation ou infection pharyngée, trachéale ou laryngée, aiguë ou chronique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Origines variées : allergique, virale, bactérienne, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique), tumorale.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examen endobuccal, examen sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe.
Recherche de signes infectieux ou tumoraux.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Examen ORL par spécialiste au moindre doute sur une cause tumorale.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si trouble chronique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- étamsylate 2 cc.

Si trouble aigu :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- piroxicam 1 cc.

### Mélange complémentaire

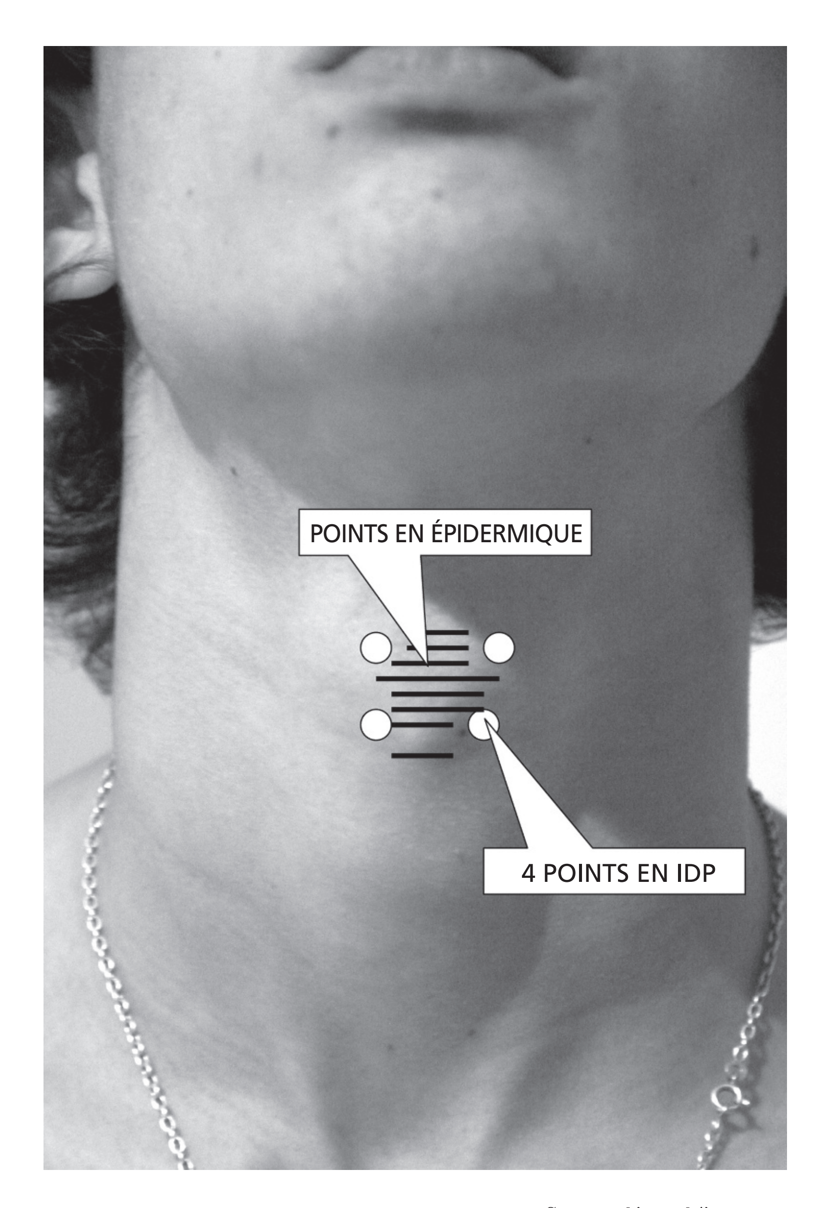
Protocole mésovaccination :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 1 g/5 cc 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

### Zones d'application

Région pharyngolaryngée.
Voir points de mésovaccination (*cf* fiche mésovaccination p. 150).

### Rythme

Si aigu J1, J3, J7.
Si chronique J1, J7, J14 renouvelable si besoin.




**Cartographie trachéite**

Il est nécessaire **avant tout** d'éliminer une cause organique. La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

# Ulcère de jambe

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – ARTÉRITE – ARTÉRIOPATHIE – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE – ULCÈRE DE JAMBE – INSUFFISANCE VEINEUSE

## DÉFINITION

Trouble trophique cutané secondaire à une insuffisance veineuse, lymphatique ou artérielle.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Souffrance tissulaire par hypoxie d'origine vasculaire.

## EXAMEN CLINIQUE

Appréciation du trouble trophique.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan spécialisé éventuel.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

### Mélanges principaux

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc.

Ou :

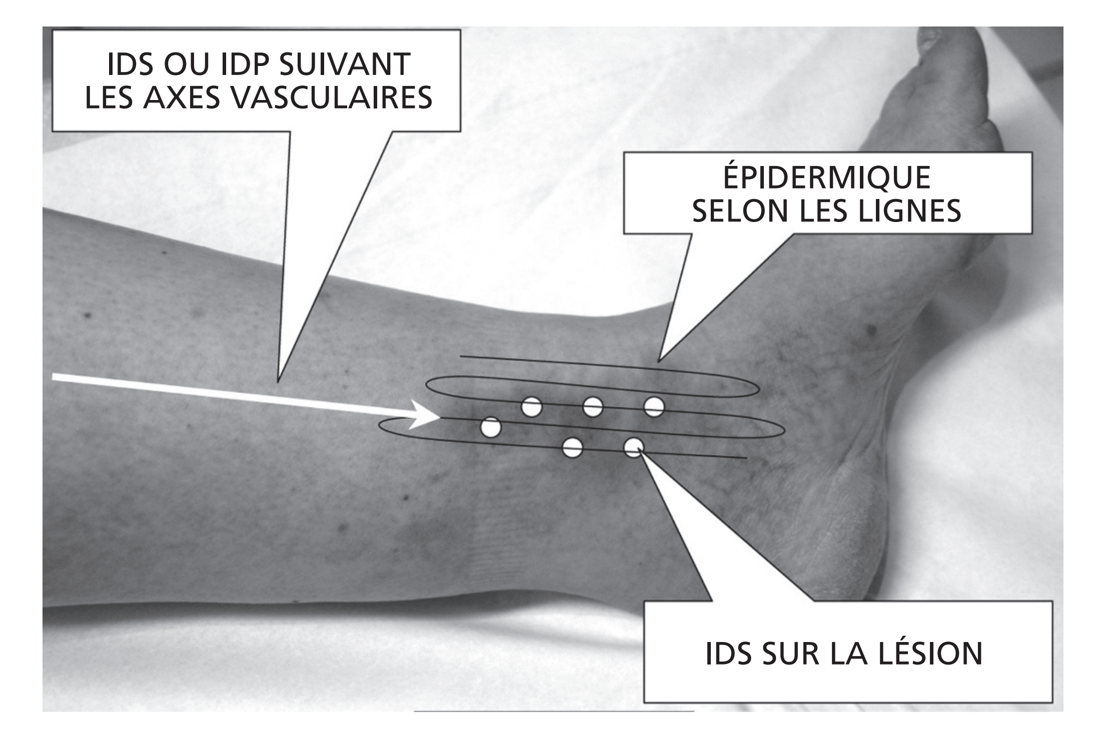
- procaïne 2 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*®2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS : axes veino-artériels et zones ulcérées, œdématiées.

### Rythme

J1, J7, J14, J30, puis 1 fois par mois jusqu'à cicatrisation.




**Ulcère variqueux**

Traitement complémentaire souvent intéressant.

# Vaginite chronique

## MOTS CLÉS

DYSFONCTION PELVIENNE – DYSFONCTION VAGINALE – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – VAGINITE

## DÉFINITION

Dysfonctions vaginales. Troubles inflammatoires vaginaux irritatifs rebelles et récidivants sans cause organique.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation vaginale chronique.

## EXAMEN CLINIQUE

Bilan des troubles somatiques.
Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Recherche de cause organique.
Biologie.
Consultations spécialisées.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP sur points douloureux pelviens.

### Mélange principal

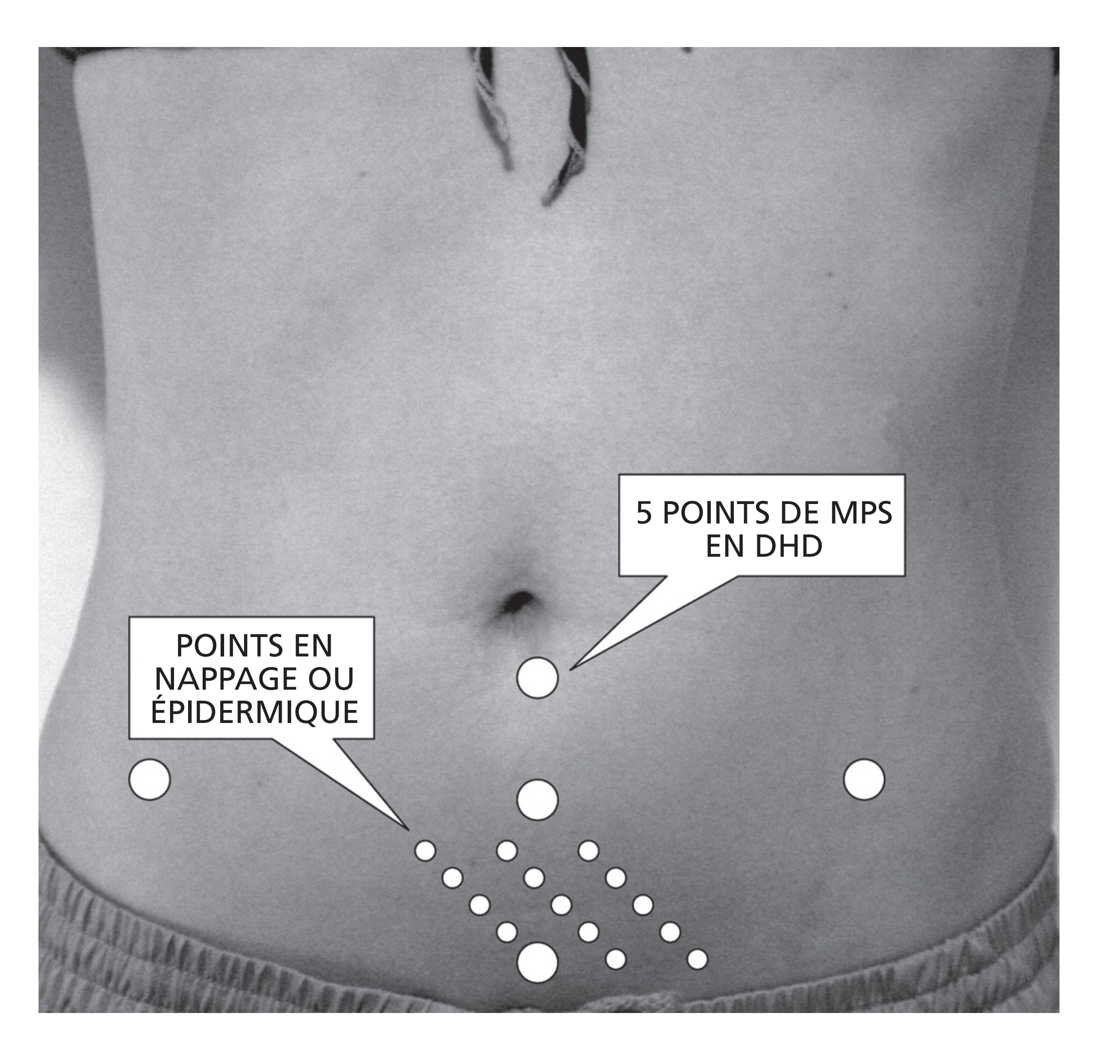
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,2 cc.

### Zones d'application

Point par point IDP : 3 à 4 points sus-pubiens, point splénique, point hépatique.
Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis, aire inguinale, cadre colique.
Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

### Rythme

J1, J14, J30, rappel tous les ans en prévention.




**Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite**

# Veinite superficielle

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE – INSUFFISANCE VEINEUSE – VEINITE SUPERFICIELLE – PÉRIVEINITE – PARAPHLÉBITE SUPERFICIELLE

## DÉFINITION

Inflammation douloureuse d'une veine superficielle.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Inflammation veineuse superficielle.

## EXAMEN CLINIQUE

Recherche et élimination de signes de phlébite profonde.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Échodoppler.
Bilan spécialisé.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur zone inflammatoire veineuse.
IDP sur axes veineux et artériels.

### Mélange principal

- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- calcitonine saumon 100 UI 1 cc.

### Mélange complémentaire

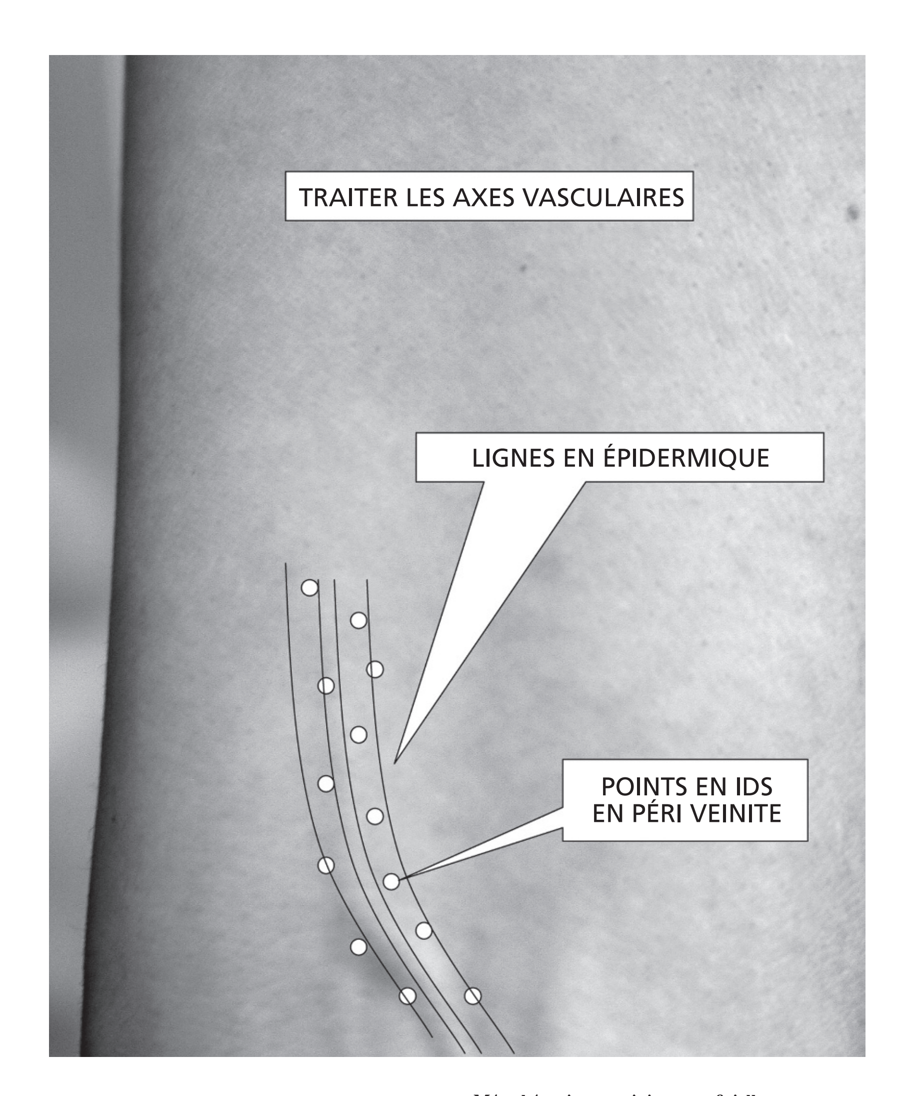
Mésodrain :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc.

### Zones d'application

Épidermique ou IDS : sur zone inflammatoire veineuse.
IDP : axes saphènes internes et externes, axes artériels, creux poplité, triangle de Scarpa.

### Rythme

J1, J3, J7.




**Mésothérapie sur veinite superficielle**

L'efficacité est proche de 100 % sur toutes veinites superficielles quelle que soit la région.
L'amélioration doit être nette en 3 jours.
Il faut impérativement éliminer tout risque de thrombose veineuse profonde.

# Vergeture

## MOTS CLÉS

MÉSODRAIN – INSUFFISANCE VEINEUSE – ŒDÈME – INSUFFISANCE LYMPHATIQUE – CICATRICE – GROSSESSE – VERGETURE

## DÉFINITION

Traitement curatif et préventif de la déchirure du tissu cutané. Prévention des vergetures pendant la grossesse.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Effet trophique nutritif et microcirculatoire.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IED épidermique, nappage IDS.

### Mélanges principaux

1^er^ préventif (pendant la grossesse) :
- lidocaïne 1 % 1 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc.

2^e^ curatif :
- procaïne 2 % 1 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- *Cernevit*®, *Soluvit*® ou *Vitalipid*® 2 cc ;

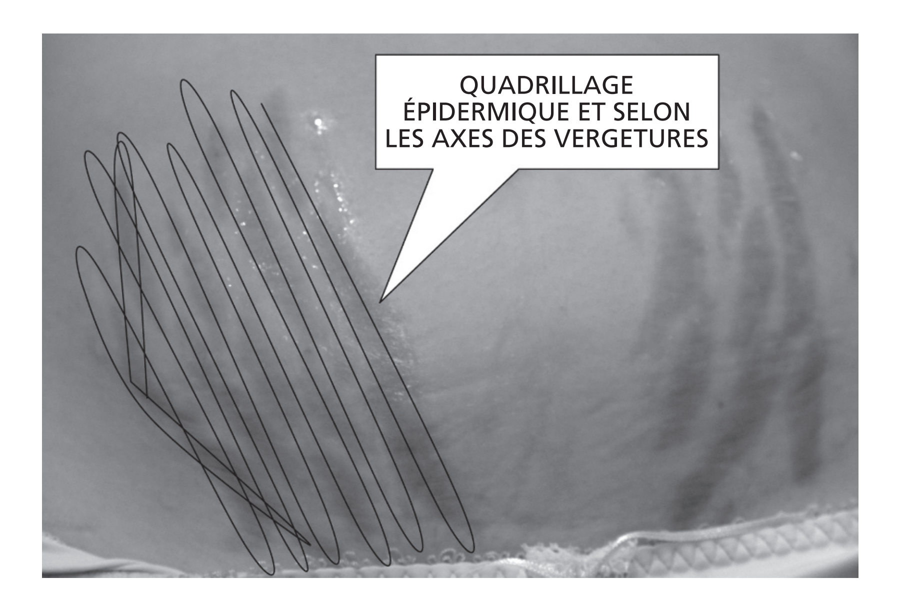
Ou :
- procaïne 2 % 1 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vitamine E 2 cc.

### Zones d'application

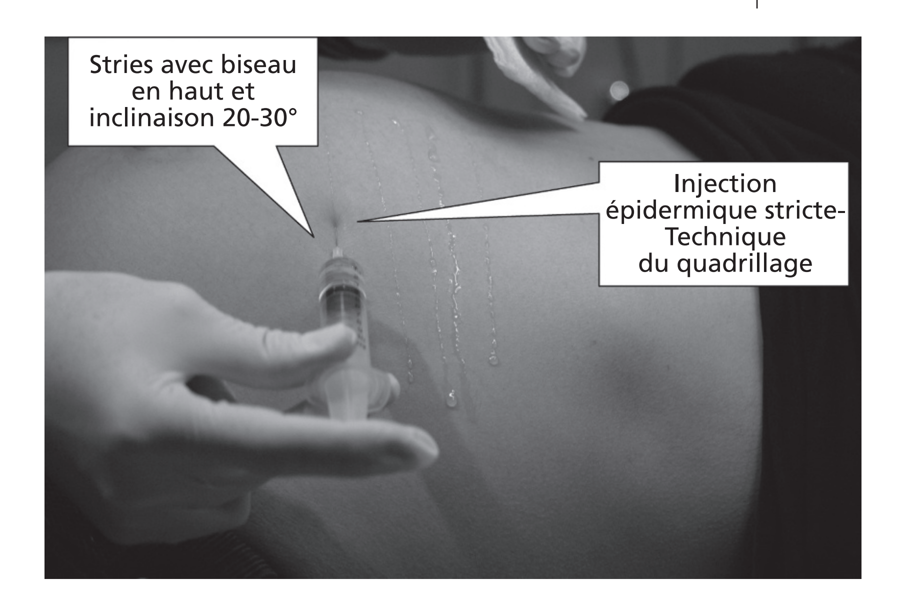
Sur le ventre et zones exposées (seins, cuisses, fesses).

### Rythme

En préventif : 1 fois par mois pendant toute la grossesse.
En curatif : J1, J15, J30, J60.




**Vergetures post-grossesse**




**Prévention des vergétures de la femme enceinte**

L'épidermique est la seule technique à utiliser chez la femme enceinte pour la beauté du geste « caresser et non piquer ».
La prévention des vergetures, pendant la grossesse, s'accompagnera d'un mésodrain des membres inférieurs.
Sur la vergeture apparue, la mésothérapie permet blanchiment et souplesse de cette cicatrice tissulaire.

# Verrue

## MOTS CLÉS

VERRUE – MÉSOSTIMULATION – MÉSOVACCINATION

## DÉFINITION

Excroissances cutanées, cornées, d'aspect rugueux, isolées ou en groupe et très contagieuses.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Virus des papillomes humains (VPH).

## EXAMEN CLINIQUE

Confirme la lésion de type verrue.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Technique

IDP.

### Mélange principal

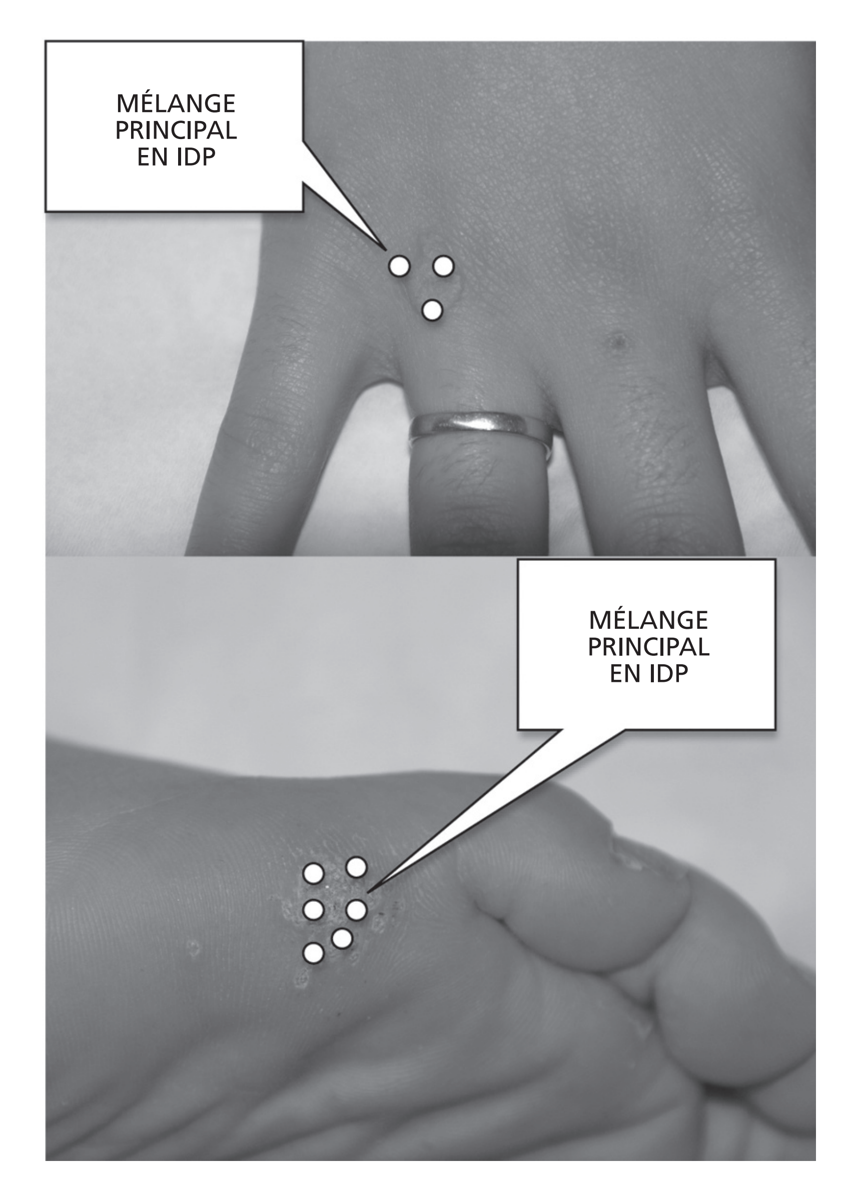
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- vitamine C 1 cc ;
- bléomycine 1 flacon à sec.

### Zones d'application

Directement dans la verrue (éviter le visage).

### Rythme

J1, J30 (si nécessaire), J60 (si nécessaire).




**Traitement des verrues**

Il faudra bien diluer la bléomycine pour éviter le risque de nécrose cutanée. Faire un pli cutané en regard des petites articulations. Très efficace sur les talons. Attendre au moins 1 mois que la verrue disparaisse avant un 2$^{e}$ traitement. Ne pas injecter sur le visage.

# Vertige

## MOTS CLÉS

CÉPHALÉE – MÉSOSTRESS – CERVICALGIE – CONTRACTURE – TENSION CERVICALE – CÉPHALÉE OCCIPITALE, FRONTALE, TEMPORALE – NÉVRALGIES D'ARNOLD – VERTIGE – SENSATION ÉBRIEUSE

## DÉFINITION

Sensation erronée de déplacement des objets environnants par rapport au corps ou inversement.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Nombreuses origines : hypotension orthostatique, troubles du rythme, anémie brutale, arthrose cervicale, trouble neurologique, psychogène, baisse d'efficience de l'oreille moyenne et interne (vieillissement).

## EXAMEN CLINIQUE

Examen ORL minutieux.
Examen rachidien à la recherche de tensions.
Appréciation de l'état de tension intérieure.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Rechercher une cause organique ++ avec des examens biologiques, radiologiques.
Exploration ORL complémentaire en cas de doute sur une éventuelle organicité.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

### Mélanges principaux

Si trouble inflammatoire, contracture :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- piroxicam 1 cc ;
- thiocolchicoside 2 cc.

Si trouble circulatoire :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pentoxifylline 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc.

### Mélange complémentaire

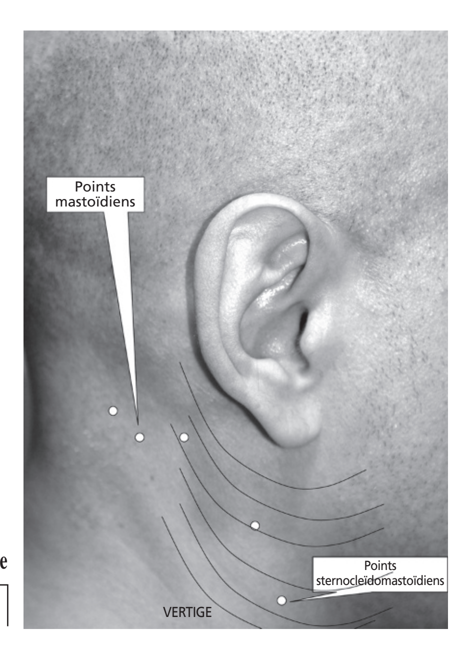
Si stress, mésostress :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- amitryptilline 1 cc.

### Zones d'application

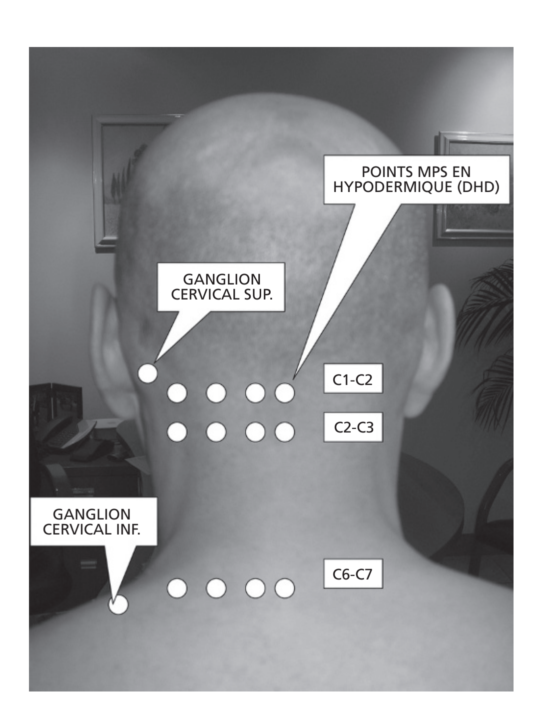
Région périauriculaire et mastoïdienne.
Muscles cervicaux supérieurs et moyens, SCM.

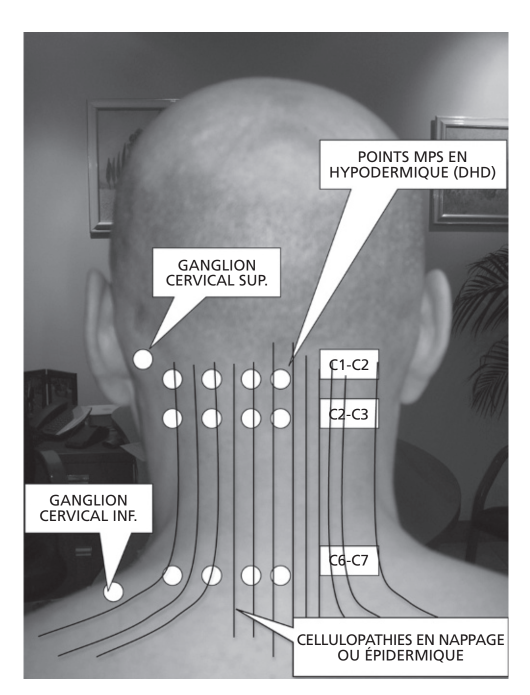
### Rythme

J1, J7, J14, renouvelable si besoin.




**Vertige**




**Points MPS rachis cervical**

La bonne indication de la mésothérapie est le vertige sans cause organique. Le mésostress est un complément à utiliser sans retenue, tant la tension intérieure est un facteur majorant les troubles vertigineux. Le traitement mésothérapique est un bon complément aux différents traitements des vertiges auxquels il ne se substitue jamais.

# Zona

## MOTS CLÉS

ZONA – MÉSOVACCINATION – MÉSOSTIMULATION – BAISSE IMMUNITÉ – HERPÈS – ALGIE ZOSTÉRIENNE – NEUROGÈNE

## DÉFINITION

Éruption virale, métamérique, unilatérale, d'aspect vésiculaire, accompagnée de douleurs à type de brûlures.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Virale, virus de la varicelle.

## EXAMEN CLINIQUE

À la recherche de lésions vésiculeuses, érythrémateuses, douloureuse à type de brûlures.
Différencier le métamère affecté.
Bilan de l'état général.

## EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Bilan de l'état immunitaire.

## TRAITEMENT MÉSOTHÉRAPIQUE

### Techniques

IDS nappage, IED épidermique, IDP.

### Mélanges principaux

1. Mélange immunisant :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- pidolate de magnésium 2 cc ;
- vitamine C 2 cc ;
- vaccin antigrippal 0,3 cc.

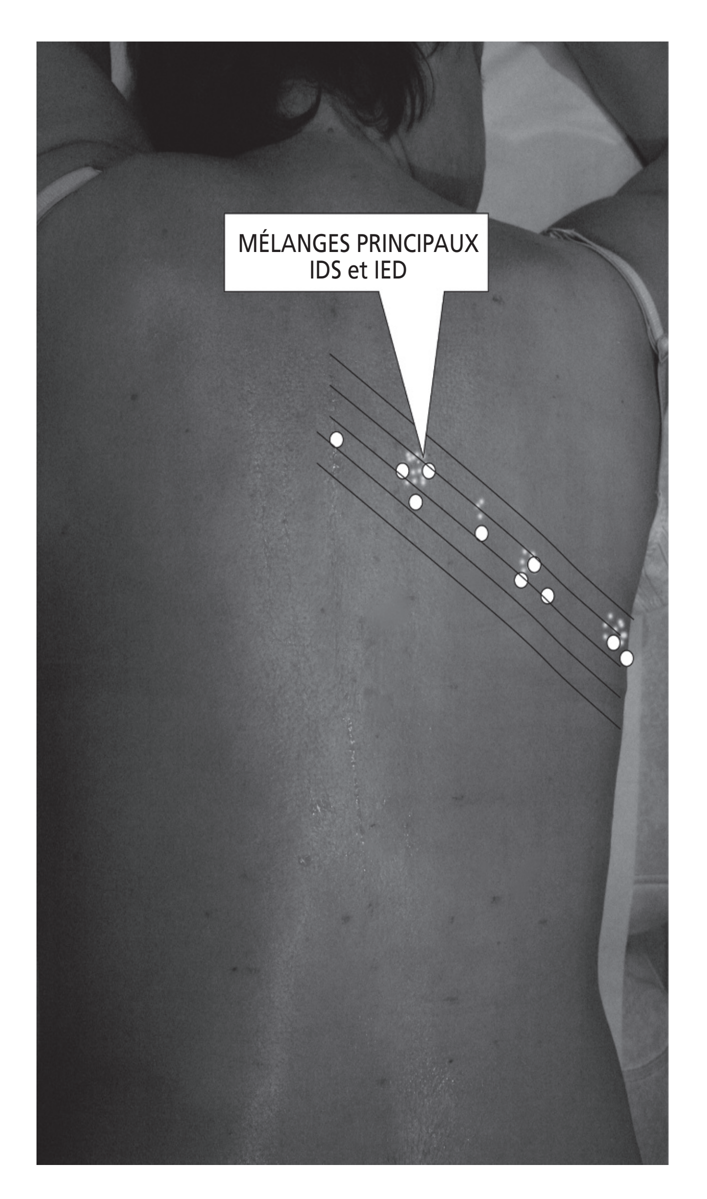
2. Mélange antalgique :
- lidocaïne 1 % 2 cc ;
- calcitonine 100 UI 1 cc ;
- vitamine C 2 cc.

### Zones d'application

Sur les zones vésiculaires et tout le métamère en partant de la racine vertébrale.

### Rythme

J0, J3, J7.




**Zona intercostal dorsal**

Ce traitement est miraculeux s'il est effectué rapidement, moins d'une semaine après le début, et il évite les douleurs postzostériennes.

# Partie 2

# PHARMACOPÉE EN MÉSOTHERAPIE

## PRÉAMBULE SUR LES MÉDICAMENTS

Il est impératif de garder un sens critique médical dans le choix et l'utilisation des produits que vous allez injecter.
AMM et CE : il est impératif de respecter la LÉGALITÉ des médicaments et de vérifier que les produits injectés sont des MÉDICAMENTS INJECTABLES AVEC UNE AMM (autorisation de mise sur le marché) OU UN CE MEDICAL DE PRODUIT INJECTABLE ET NON PAS UN CE DE COSMÉTOLOGIE.
Les produits de ce guide sont conformes à la réglementation en vigueur. La liste se veut la plus exhaustive possible. Néanmoins, lorsque vous ne trouvez pas un médicament dans nos listes, nous vous conseillons de vérifier sa conformité de produit injectable (AFSSAPS, DGS, SFM, AMME).
Vous êtes responsable de vos injections.
Nous vous donnons ici les produits les plus utilisés en mésothérapie.
Avant cela, il faut absolument connaître les produits interdits en mésothérapie :

- produits huileux ;
- produits alcooliques ;
- sels d'or ;
- corticoïdes ;
- bêta2-mimétique ;
- alphachymotrypsine.

ET TOUTES SUBSTANCES N'AYANT PAS D'AMM ou CE INJECTABLE.
Le mélange doit être parfaitement homogène et de préférence avec trois principes actifs.
Les vitamines, vecteurs (eau ppi) peuvent s'ajouter au mélange, dans des indications bien précises et reconnues.
Cette pharmacopée a été documentée par les renseignements du BIAM (banque de données informatisées des médicaments).

## Alpha-tocophérol acétate

DCI : alpha-tocophérol acétate
DC : vitamine E *Nepalm*
**Indications :**
AMM : activité vitaminique et antiagrégant plaquettaire – immunostimulant – avortement habituel (prévention) – maladie de Dupuytren – azoospermie – oligozoospermie – myocardite – maladie de La Peyronie – énurésie – dystrophie musculaire – trouble de la ménopause – inflammation muqueuse – maladie de Parkinson – maladie d'Alzheimer – chorée de Huntington – cancer du poumon (prévention) – infarctus cérébral (prévention).
Méso : fibrose – antioxydant – cicatrisation.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV.
Méso : IED – IDS.
**Contre-indications :**
AMM : allergie huile de ricin.
Méso : *idem.*
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** en association avec la pentoxifylline.

## Amitriptyline

DCI : amitriptyline
DC : *Laroxyl*
**Indications :** psychoanaleptique – antidépresseur – dépression – énurésie – migraine neuropathie diabétique (douleur) – dyspepsie.
AMM : dépression – algie rebelle.
Méso : stress – décontractant – douleur neuropathie – dépression – somatisation.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – perf IV.
Méso : IED ou IDS exclusivement – diluer.
**Contre-indications :**
AMM : IMAO – glaucome à angle fermé – adénome prostatique (avec dysurie) – infarctus du myocarde récent – allaitement.
Méso : glaucome région orbitaire ?
**Effets indésirables méso :** rare – somnolence – constipation.
**Commentaire pratique :** anxiolytique – antidépresseur et sédation +++ – antalgique +++.

## Arnica

DCI : arnica
DC : arnica 4 DH injectable
**Indications :**
AMM : produit homéopathique.

Méso : traumatismes sportifs – œdèmes congestifs.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : SC.
Méso : en association avec veinotonique vaso-actif.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** très utile dans les 72 heures après un traumatisme.

## Bléomycine sulfate

DCI : bléomycine sulfate
DC : bléomycine *Bellon*
**Indications :**
AMM : carcinomes épidermoïdes et testiculaires – lymphomes.
Méso : verrue.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV.
Méso : IDS, IDP – diluer rapport 1 sur 4 avec lidocaïne.
**Contre-indications :**
AMM : grossesse – allaitement.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** risque de nécrose cutanée superficielle, de tache – hyperpigmentation si dilution trop faible.
**Commentaire pratique :** diluer à 1 sur 4 – éviter le visage – idéal pour les verrues du talon.

## Buflomédil

DCI : buflomédil
DC : *Fonzylane*
**Indications :**
AMM : artérite des membres inférieurs – acrosyndrome.
Méso : rôle microcirculatoire – alpha-bloquant rhéologique – maladies dégénératives.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : association aux antidépresseurs tricycliques – risque accru de convulsions – épilepsie.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** (rare) bouffée vasomotrice – éruption cutanée – nausée.
**Commentaire pratique :** facilite les échanges capillaires et alpha bloquant.

## Calcitonines

DCI : calcitonines hémi-synthétique ou synthétique de saumon
DC : Calcitonine *PHARMY 2, Cadens, Miacalcic, Cibacalcine*
**Indications :**
AMM : hypocalcémiant – inhibiteur de l'ostéoclastose –maladie de Paget – hypercalcémie (par hyper-résorption osseuse) – hypercalcémie maligne algodystrophie – hyperparathyroïdie primitive – ostéoporose postménopausique.
Méso : antalgique +++ – anti-arthrosique – AND – ostéoporose – pseudarthrose – retard de consolidation os – tendinite insertion – épiphysite de croissance – anti-inflammatoire, anti-œdémateux – effet microcirculatoire.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – SC – IM ou IV perf.
Méso : toutes – recommandé en association avec la lidocaïne.
**Contre-indications :**
AMM : allergie à la gélatine – hypersensibilité à cette substance – grossesse – allaitement – enfant.
Méso : hypersensibilité.
**Effets indésirables méso :** bouffée vasomotrice – polyurie – éruption cutanée – nausée (fréquent transitoire, avec une relation effet–dose) – vomissement – diarrhée – céphalée – goût désagréable –réaction au point d'injection.
**Commentaire pratique :** la calcitonine de saumon est 25 fois plus puissante que l'humaine – trophique osseux cartilagineux – effet AINS – antalgique et microcirculatoire.

## Calcium glubionate

DCI : calcium glubionate
DC : calcium
**Indications :**
AMM : carence en calcium – tétanie hypocalcémique – spasmophilie.
Méso : trophique – minéralisant – ostéoporose.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV – IM – oral.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : hypercalcémie.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** intéressant dans pathologie rhumatologique.

## Chlorhydrate de néfopam

DCI : chlorhydrate de néfopam
DC : *Acupan*

**Indications :** analgésie.
AMM : douleur.
Méso : douleur, antalgie.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : orale – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : épilepsie – grossesse – allaitement.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** antalgie pure – mérite d'être essayé.

## Cimétidine

DCI : cimétidine
DC : *Tagamet*
**Indications :**
AMM : anti-ulcéreux –antihistaminique h2 – anti-anaphylactique – antisécrétoire gastrique –migraine.
Méso : anti-ulcéreux.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV – oral.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : hypersensibilité.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisé dans les gastralgies.

## Clomipramine

DCI : clomipramine
DC : *Anafranil 25*
**Indications :** antidépresseur – thymoanaleptique.
AMM : psychoanaleptique – antidépresseur – dépression – énurésie – migraine neuropathie diabétique (douleur) – dyspepsie.
Méso : stress – dépression – somatisation.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – perf IV.
Méso : IED ou IDS exclusivement, diluer.
**Contre-indications :**
AMM : IMAO – glaucome à angle fermé – adénome prostatique (avec dysurie) – infarctus du myocarde récent – allaitement.
Méso : glaucome région orbitaire ? Grossesse, allaitement.
**Effets indésirables méso :** rare, constipation, somnolence, sédation, glaucome.
**Commentaire pratique :** anxiolytique, antidépresseur et sédation +++.

## Dexchlorpheniramine maléate

DCI : dexchlorpheniramine maléate
DC : *Polaramine*
**Indications :** antihistaminique – anti-allergique.
AMM : réaction allergique – rhinite allergique, vasomotrice – conjonctivite allergique – prurit – urticaire – eczéma – allergie médicamenteuse – toux.
Méso : allergies ORL.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : adénome prostate – glaucome – iléus paralytique – sténose pylore – myasthénie – état de mal – BPCO – hypersensibilité – IMAO – alcool.
Méso : allergies, rhinites, conjonctivite, sinusite atopique.
**Effets indésirables méso :** rare, constipation, somnolence.
**Commentaire pratique :** utilisé en pathologie ORL.

## Dexpanthénol

DCI : dexpanthénol
DC : *Bépanthène*
**Indications :**
AMM : avitaminose B – accident auditif de la streptomycine – dermatose – brûlure – gerçure – atonie intestinale – alopécie.
Méso : trophique local – antioxydant – antiradicaux libres – acné – psoriasis – alopécie – pelade.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun
**Commentaire pratique :** utilisé dans la chute des cheveux.

## Diazépam

DCI : diazépam
DC : *Valium* 10 mg
**Indications :** anxiolytique – décontracturant sédatif.
AMM : anxiété – *delirium tremens* (prévention) – trouble psychosomatique épilepsie – contracture musculaire – dyskinésie tardive – insomnie syndrome de sevrage de l'héroïne – convulsion fébrile de l'enfant (prévention).
Méso : décontractant majeur – sédatif – anxiolytique.

**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV – IR.
Méso : IED ou IDS exclusivement.
**Contre-indications :**
AMM : myasthénie – hypersensibilité aux benzodiazépines – allaitement – insuffisance respiratoire sévère.
Méso : IRC ne pas piquer la région pulmonaire.
**Effets indésirables méso :** rare – somnolence – sédation.
**Commentaire pratique :** à diluer +++, surtout pour la sédation.

## Diclofénac sodium

DCI : diclofénac sodium
DC : *Voltarène*
**Indications :**
AMM : rhumatisme inflammatoire – polyarthrite – arthrose – tendinite – inflammation – dysménorrhée – colique néphrétique, hépatique – migraine – ostéoporose.
Méso : toutes inflammations locales.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : orale – IM – rectal.
Méso : toutes, en dilution 1 pour 3.
**Contre-indications :**
AMM : UGD – hémorragie digestive – hypersensibilité aspirine, diclofénac – insuffisance hépatocellulaire, rénale sévère, grossesse (3e trimestre) –moins de 15 ans.
Méso : aucun
**Effets indésirables méso :** allergies rares – nécroses possible si mauvaise dilution.
**Commentaire pratique :** dilution a respecter– pas de procaïne car précipita – à utiliser avec prudence.

## Étamsylate

DCI : étamsylate
DC : *Dicynone*
**Indications :**
AMM : vitaminique P –fragilité capillaire – hémorragie en nappe – insuffisance veineuse – varice – séquelle de phlébite – trouble circulatoire périphérique – troubles circulatoires lors des syndromes prémenstruels, chez la femme enceinte et lors de la ménopause – rétinopathie diabétique – rétinopathie hypertensive – fragilité capillaire – pertes sanguines.
Méso : cellulite, insuffisances veinolymphatiques – œdèmes localisés – varicosités.
Modes et voies d'administration :
AMM : IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** allergie cutanée sulfites.

**Commentaire pratique :** vasculoprotecteur et veinotonique – anti-œdémateux – décongestionnant et anticellulite ++++.

## Hydroxyzine

DCI : hydroxyzine
DC : *Atarax*
**Indications :** anxiolytique.
AMM : allergie – rhinite, conjonctivite allergique – prurit – urticaire – anxiété – excitation psychomoteur – vomissement – prémédication – éréthisme cardiaque.
Méso : stress, décontractant, anxiolyse occasionnelle.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV.
Méso : IED ou IDS exclusivement.
**Contre-indications :**
AMM : adénome – glaucome – iléus paralytique – sténose pylore – myasthénie – porphyrie – état de mal – BPCO – hypersensibilité – IMAO – alcool.
Méso : glaucome région orbitaire ?
**Effets indésirables méso :** rare – constipation – somnolence – décontraction.
**Commentaire pratique :** anxiolyse faible.

## Kétoprofène

DCI : Kétoprofène
DC : *Profenid, Topfena*
**Indications :**
AMM : rhumatisme inflammatoire – arthrose – arthrite microcristalline – radiculalgies – colique néphrétique – syndrome de Bartter – dysménorrhée – drépanocytose (traitement de la crise) – douleur cancéreuse – cholangite du sida.
Méso : toutes inflammations locales accessibles à la méso – colique néphrétique – douleurs cancéreuses.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM.
Méso : Bien diluer au moins 1 sur 3.
**Contre-indications :**
AMM : ulcère gastroduodénal – hémorragie digestive – gastrite – insuffisance hépatocellulaire grave – insuffisance rénale sévère – grossesse (3$^{e}$ trimestre) – allaitement –hypersensibilité à l'aspirine – hypersensibilité au piroxicam – enfant de moins de 15 ans –porphyrie.
Méso : aucun.
**Effets indésirables méso :** possibilités de douleurs aux injections (petites articulations).
**Commentaire pratique :** diluer suffisamment dans lidocaïne 1 %, pour éviter les douleurs aux injections.

## Lidocaïne

DCI : LIDOCAÏNE pure sans conservateur (2-(diéthylamino)-N-(2,6-diméthylphényl) acétamide)
DC : *Mésocaïne* ou *Xylocaïne* sans conservateur
**Indications :**
AMM : anesthésie locale – douleur post-zostérienne – migraine (traitement de la crise).
Méso : modificateur de membrane – atténuation de la douleur d'injection – potentialisation (bêtabloquant, décontracturant) – remplace la procaïne en cas de CI.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : voie locale admise.
Méso : toutes profondeurs.
**Contre-indications :**
AMM : myasthénie – arythmie supraventriculaire – porphyrie.
Méso : porphyrie.
**Effets indésirables méso :** allergie exceptionnelle.
**Commentaire pratique :** pas de conservateur – pas d'allergie en méso connue.

## Monométhyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium

DCI : monométhyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium
DC : *Conjonctyl*
**Indications :**
DM : comblement dépression cutanée – cicatrices.
Méso : mésolift – action trophique.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : ID – méso.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** injecter à température ambiante.

## Naftidrofuryl oxalate

DCI : naftidrofuryl oxalate
DC : *Praxilène*
**Indications :**
AMM : spasmolytique – vasodilatateur – coronarodilatateur – antianoxique – anesthésique local – ganglioplégique – antibradykinine – antisérotonine – insuffisance circulatoire cérébrale – artérite des membres inférieurs – trouble vasomoteur périphérique – accident ischémique aigu – syndrome de Raynaud – crampe.
Méso : artérite – Raynaud – crampe – vasodilatateur.

**Modes et voies d'administration :**
AMM : oral – IA – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : bloc auriculoventriculaire de haut degré – insuffisance cardiaque sévère.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisé principalement dans la pathologie vasculaire.

## Nicarpidine

DCI : nicarpidine
DC : *Loxen*
**Indications :**
AMM : hypertension artérielle – angor – syndrome de Raynaud – insuffisance cardiaque – hypotension contrôlée – accouchement prématuré (menace).
Méso : vasodilatateur – syndrome de Raynaud.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : orale – IV (usage hospitalier).
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : grossesse – allaitement.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** intérêt dans le traitement méso du Raynaud.

## Pentoxifylline

DCI : pentoxifylline
DC : *Torental*
**Indications :**
AMM : artérite des membres inférieurs – insuffisance circulatoire cérébrale – trouble vasomoteur périphérique – ulcère variqueux – maladie de Behçet – accident vasculaire cérébral – angéite leucocytoclasique – diabète insulinodépendant – septicémie – choc septique – syndrome hépatorénal – syndrome de Lyell – myocardiopathie – hypertension portale.
Méso : artériopathie – traumato sportive – arthrose – effet rhéologique – microcirculation – défibrosant – nutritif – antioxydant .
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** rares – nausée – vomissement – brûlure épigastrique – hypotension artérielle.
**Commentaire pratique :** effet rhéologique +++.

## Phloroglucinol

DCI : phloroglucinol
DC : *Spasfon* injectable
**Indications :** antispasmodique – musculotrope.
AMM : antispasmodique – douleur spasmodique –colique néphrétique –colique hépatique –colite spasmodique – dyskinésie biliaire pancréatite – dysménorrhée – accouchement dirigé –hypertonie du col utérin.
Méso : antispasmodique – somatisation viscérale.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV – oral.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** réaction allergique cutanée (rare).
**Commentaire pratique :** dans la pathologie viscérale +++.

## Pidolate de magnésium

DCI : pidolate de magnésium
DC : *MAG 2*
**Indications :**
AMM : carences en magnésium.
Méso : anti-atopique – stabilisant membranaire – antispasmodique – terrain neurodystonique.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucun.
Méso : aucun.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** excellent diluant – rougeur immédiate en bande.

## Piribédil mésilate

DCI : piribédil mésilate
DC : *Trivastal*
**Indications :**
AMM : vasodilatateur cérébral – vasodilatateur périphérique – antiparkinsonien – accident ischémique aigu – artérite des membres inférieurs.
Méso : *idem*.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV.

Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : IDM – OAP – neuroleptique – hypersensibilité.
Méso : *idem.*
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** peu utilisé en pratique.

## Piroxicam

DCI : piroxicam
DC : *Zofora, Feldène*
**Indications :**
AMM : anti-inflammatoire – analgésique – antipyrétique – arthrose – PR– SPA – inhibiteur de la synthèse des prostaglandines – antiagrégant plaquettaire – uricosurique.
Méso : anti-inflammatoire – antalgique.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM.
Méso : bien diluer avec de la lidocaïne.
**Contre-indications :**
AMM : ulcère gastroduodénal – hémorragie digestive – gastrite – insuffisance hépatocellulaire grave – insuffisance rénale sévère – grossesse (3$^{e}$ trimestre) – allaitement – hypersensibilité à l'aspirine – hypersensibilité au piroxicam – enfant de moins de 15 ans – porphyrie – anticoagulants.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** allergies (rare en méso).
**Commentaire pratique :** AINS et antiprostaglandine.

## Procaïne

DCI : procaïne
DC : procaïne *Biostabilex 2 %* ou *Lavoisier 2 %*
**Indications :**
AMM : diminution de l'acuité visuelle – troubles cérébrovasculaires – anesthésie locale.
Méso : *id.* mésocaïne pour anesthésie – ganglioplégique – vasodilatateur – stimulant immunitaire – stimulant neuropsychique et thymoanaleptique.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : voie locale admise.
Méso : toutes profondeurs.
**Contre-indications :**
AMM : enfant moins de 30 mois.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** allergie cutanée rare au radical « para », aux sulfites (0,3 %).
**Commentaire pratique :** effet rhéologique précieux – vérifier l'allergique.

## Propranolol chlorhydrate

DCI : propranolol chlorhydrate
DC : *Avlocardyl*
**Indications :**
AMM : bêtabloquant – antihta – antiangoreux – hyperthyroïdie – IDM – antiarythmique – antimigraineux – algodystrophie – anxiolytique – spasmophilie – tremblement – dyskinésie.
Méso : migraine.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : insuffisance cardiaque décompensée – bloc auriculaire – BAV – Prinzmetal–Raynaud – bradycardie – asthme – dépression – IMAO – vérapamil.
Méso : *idem.*
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** dans certaine migraine.

## Ranitidine chlorhydrate

DCI : ranitidine chlorhydrate
DC : *Azantac*
**Indications :**
AMM : antiulcéreux – antihistaminique h2 – immunostimulant – antisécrétoire gastrique – mélanome.
Méso : *idem.*
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV – oral.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : hypersensibilité.
Méso : *idem.*
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisé dans les gastralgies.

## Thiocolchicoside

DCI : thiocolchicoside
DC : *Colthiozid, Miorel*
**Indications :**
AMM : myorelaxant – spasmolytique – contracture musculaire – rééducation fonctionnelle (adjuvant).
Méso : *idem* + défibrosant tissulaire – spasmolytique de la fibre lisse.

**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – CP – local.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : myasthénie.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisé aussi pour son effet **défibrinant** dans la mésodissolution.

## Vitamine A, D2, E, K1

DCI : vitamine A, D2, E, K1
DC : *Vitalipide*
**Indications :**
AMM : nutrition parentérale.
Méso : trophique – antioxydant .
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV.
Méso : IED – IDS.
**Contre-indications :**
AMM : grossesse en parentérale.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisé en effet trophique.

## Vitamine A, D3, E, B1, B2, B5, B6, B8, B9, B12, PP, C

DCI : vitamine A, D3, E, B1, B2, B5, B6, B8, B9, B12, PP, C
DC : *Cernevit injectable*
**Indications :**
AMM : états de carences – supplémentation vitaminique.
Méso : trophique local – antioxydant – antiradicaux libres – maladies dégénératives – défibrosant avec la pentoxifyline.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV (flacon à reconstituer).
Méso : toutes, après reconstitution.
**Contre-indications :**
AMM : allergie B1 – enfant moins de 11 ans.
Méso : allergie B1.
**Effets indésirables méso :** aucun
**Commentaire pratique :** effet locorégional +++ – auto-oxydant +++ – trophique +++ – remplace l'hydrosol polyvitaminé.

## Vitamine B1, B2, PP, B5, B6

DCI : vitamine B1, B2, PP, B5, B6
DC : *Bécozyme*
**Indications :**
AMM : avitaminoses – asthénie fonctionnelle.
Méso : trophique – asthénie.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IM – IV – oral.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : hypersensibilité.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** peu utilisé.

## Vitamine B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C

DCI : vitamine B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C
DC : *Soluvit*
**Indications :**
AMM : avitaminose B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C – nutrition parentérale.
Méso : trophique – antalgie – dermatose.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : IV.
Méso : IED – IDS – IDP.
**Contre-indications :**
AMM : hypersensibilité excipient.
Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun.
**Commentaire pratique :** utilisation dans sa composante trophique.

## Vitamine C – acide ascorbique

DCI : vitamine C– acide ascorbique
DC : *Laroscorbine – vitamine C*
**Indications :**
AMM : méthémoglobinémie idiopathique du nourrisson – avitaminose C – syndrome hémorragique – angor (adjuvant) – démence vasculaire (prévention) – sevrage du tabac.
Méso : trophique local – antioxydant – antiradicaux libres – maladies dégénératives.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.

Méso : *idem*.
**Effets indésirables méso :** aucun
**Commentaire pratique :** effet locorégional +++ – antioxydant +++ – trophique +++ – cutané protecteur UV – éclaircissant.

## Vitamine H – vitamine B7

DCI : vitamine H – vitamine B7
DC : *Biotine*
**Indications :**
AMM : avitaminose B – maladie de Leiner-Moussous – psoriasis – acné.
Méso : trophique local – antioxydant – antiradicaux libres – acné – psoriasis – alopécie – pelade.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : locale – IM – IV.
Méso : toutes.
**Contre-indications :**
AMM : aucune.
Méso : idem.
**Effets indésirables méso :** aucun
**Commentaire pratique :** utilisé dans la chute de cheveux.

## Yaluronate de sodium

DCI : yaluronate de sodium, natif (polysaccharide), résultant d'une origine de biosynthèse bactérienne.
DC : seuls sont reconnus les produits ayant un marquage CE dans les formes « pures » d'AH *(Juvelift, Surgilift plus, R–fine, Idune)*
L'accord de l'AFSSAPS est nécessaire, s'il s'agit d'un produit « composé », comprenant en plus de l'AH, des produits médicamenteux qui nécessite une AMM.
**Indications :**
DM indications : ophtalmologie – rhumatologie (arthrose genou) – dermo – esthétique (comblement de rides).
Méso : mésolift ; dermo-esthétique pour comblement de ridules et rides, selon une durée de 2 semaines à 2 mois.
**Modes et voies d'administration :**
Tenir compte de trois paramètres :
– poids moléculaire (en Daltons) : souhaitable égale ou supérieur à un million de Daltons (1 MD) ; il y a des AH jusqu'à 2 à 3 MD ;
–concentration : souhaitable égale ou supérieure à 1 % ; il y a des concentrations à 1,6 % et 2 % ;
–viscoélasticité : souhaitable entre 150 000 et 500 000 m. Pascal.
Conservation au frigo entre 4 et 8°, car dégradation jusqu'à 40 % de l'AH à 25° à 24 mois.
AMM : ID – méso.
Méso : toutes.

**Contre-indications :**
AMM : aucun.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun dans l'immense majorité des cas.
**Commentaire pratique :** plus les trois paramètres sont bons, plus la durée du produit *in situ* est longue (2 semaines à 2 mois).

## Yaluronate de sodium réticulé

DCI : yaluronate de sodium réticulé, (réticulant chimique), en vue de le rendre plus durable in situ (pour le produit dermo-esthétique, 6 mois).
DC : seuls sont reconnus les produits « pures » avec marquage CE ; si c'est un produit « composé » (comprenant en plus des principes actifs médicamenteux), l'AFSSAPS doit donner son accord, car il faut une AMM.
*Restylane – Hylaform – Theosyal – Esthelis – Surgiderm* – etc.
**Indications :**
DM : comblement de rides, selon une longue durée de 6 mois environ.
La durée doit être prouvée au test profilométrique.
Méso : même indication, pour le comblement de rides, avec produit pur, mais pas de dilution ni de mésolift avec l'acide hyaluronique réticulé.
**Modes et voies d'administration :**
AMM : ID – méso.
Méso : idem AMM, mais pas de mésolift
**Contre-indications :** allergie au reticulant.
AMM : aucun.
Méso : aucune.
**Effets indésirables méso :** aucun dans la majorité des cas ; mais parfois rares réactions de sensibilité, très rarement inflammation, et exceptionnellement granulomes cellulaires, avec ou sans infection.
**Commentaire pratique :** demander le nom du réticulant, et une étude–enquête de pharmacovigilance du produit afin de prévenir certaines allergies connues au réticulant ou à un produit de dégradation.

# TECHNIQUES MÉSOTHÉRAPIQUES

## Matériel

### SERINGUES

2, 5, 10, 20 mL à embout décentré.

L'embout décentré permet d'appliquer avec aisance la technique épidermique.

Plus la seringue est de grande capacité, plus son piston est difficile à pousser à la main.

### AIGUILLES

- 0,27 * 13 mm 32 G ;
- 0,3 * 4 mm 30 G ;
- 0,3 * 13 mm 30 G ;
- 0,4 * 4 mm 27 G ;
- 0,4 * 13 mm 27 G.

Plus le diamètre de l'aiguille est petit, moins il y a de risque de saignement et de douleurs à la poncture. Certains mélanges peuvent s'écouler plus difficilement dans de petits diamètres (0,27 mm surtout).

Une aiguille de 0,27 mm stimule peu les récepteurs épidermiques et se tord facilement en technique épidermique.

### INJECTEURS

Mécaniques ou électromécaniques, avec ou sans compresseur.

Pour les techniques d'injection points par points surtout.

Utiles pour une multiponcture de surface.

## Techniques de base (les plus utilisées) : de la plus superficielle à la plus profonde

### TECHNIQUE ÉPIDERMIQUE IED (INTRA-ÉPIDERMIQUE)

**Principe :** appliquer sur la peau un mélange médicamenteux à l'aide d'une seringue à embout déporté et d'une aiguille de 0,3 * 13 mm en réalisant des griffures légères. Le mélange et rapidement absorbé par la peau.

Traitement des cellulopathies détectées par l'examen clinique.

**Technique :** 1 mm de profondeur.

Aiguille de 0,3 * 13 mm, appliquée sur la peau avec un angle de 15 à 20°, biseau vers le haut (orienté à l'opposé de la surface de la peau), pression verticale de maximum 40 g sur la peau.

On réalise des lignes sur la peau plus ou moins serrées, croisées ou non, en poussant régulièrement sur le piston de la seringue pour libérer un peu de mélange.

Il est nécessaire de garder l'angle de 15 à 20° pour ne pas griffer la peau. Laisser le produit s'absorber dans la peau (3 à 5 minutes).

**Effets (immédiat, à distance)** *:* effet vasoactif important. Plus la cellulopathie est impor-

tante, plus la réactivité et l'absorption sont grandes.

Effet réflexe important.

**Intérêts :** importante stimulation réflexe des zones cutanées en souffrance.

Technique utilisable partout sur le corps, y compris sur les zones à risque septique du fait de l'absence d'effraction cutanée.

Aucun saignement par hématome.

**Indications** *:* indications très larges.

Intérêt pour traiter de grandes surfaces, les enfants, les sujets hypersensibles ou réfractaires aux injections, pour certains traitements esthétiques (mésolift, mésodrain, cicatrices par exemple).

**Contre-indications :** patient très hyperalgique.

## NAPPAGE IDS (INTRADERMIQUE SUPERFICIELLE)

**Principe :** réaliser dans l'épiderme et le derme superficiel des microponctures répétées avec dépôt du mélange médicamenteux qui est absorbé en quelques minutes.

**Technique :** 1 à 2 mm de profondeur.

Aiguille de 0,3 ou 0,4 * 4 mm ou 0,3 * 13 mm biseau vers la surface de la peau.

Piquetage répété de nombreuses fois sur la zone à traiter.

Angle de 40 à 60°.

Lorsqu'une petite goutte de sang apparaît, la membrane basale est dépassée.

**Effets (immédiat, à distance)** *:* stimulation cutanée importante.

**Intérêts :** importante stimulation réflexe des zones cutanées en souffrance.

**Indications :** indications et zones d'application identiques à celles de la mésothérapie épidermique.

**Contre-indications :** aucune.

## INJECTION INTRADERMIQUE PROFONDE IDP (4 À 6 MM)

**Principe :** injecter le mélange mésothérapique dans le derme profond.
Traitement des points douloureux détectés par l'examen clinique.
Les injections se font sur des points objectifs (douloureux à la pression digitale)
**Technique :** aiguille 4 mm, 3/10 ou 4/10, ou 13 mm, 3/10 30 G.
Profondeur d'injection : de 4 mm à 6 mm.
Volume injecté : de 0,2 à 0,3 mL selon les régions et l'épaisseur de la peau.
**Effets (immédiat, à distance) :** amélioration après 3 jours pour une durée de 1 à 2 semaines.
Technique souvent associée à une technique superficielle, épidermique ou nappage (technique mixte), en vue de coupler un effet immédiat à un effet différé plus long.
**Intérêts :** traiter les zones en souffrance, quelle que soit leur origine, avec efficacité et rapidité.
**Indication :** points douloureux d'origine musculaire, périarticulaire, articulaire, viscérale.
**Contre-indication :** aucune.
Les injections point par point (je pique, j'injecte, je retire).

## INJECTION DERMOHYPODERMIQUE DHD (4 À 13 MM)

**Principe :** injecter le mélange mésothérapique dans le derme ou l'hypoderme.
Traitement des points douloureux détectés par l'examen clinique.
Les injections se font sur des points objectifs (douloureux à la pression digitale et/ou au palper rouler), fixes, reproductibles et systématisés, selon une cartographie issue de la SOS (validée statistiquement, de façon significative).

**Technique :** aiguille 13 mm, 3/10 30 G, ou 4/10 27 G.
Profondeur d'injection : de 2 mm (doigts) à 13 mm (rachis et hanches).
De façon perpendiculaire à la peau (rachis–hanches) ou à travers un pli rabattu (toutes les autres régions).
Volume injecté : de 0,2 à 0,5 mL selon les régions et l'épaisseur de la peau.
**Effets (immédiat, à distance) :** amélioration immédiatement très intense mais ne durant que 3 à 5 jours.
Technique souvent associée à une technique superficielle, épidermique ou nappage (technique mixte), en vue de coupler un effet immédiat à un effet différé plus long.
**Intérêts :** la MPS.
Traiter les zones en souffrance, quelle que soit leur origine, avec efficacité et rapidité.
**Indication :** points douloureux d'origine musculaire, périarticulaire, articulaire, viscérale.
Traiter de façon ponctuelle et systématisée, avec un effet puissant et immédiat, les souffrances neuro-articulaires mécaniques en rhumatologie, et en médecine du sport : lésions abarticulaires, tendinomyalgies, ligamentites, entorses bénignes, névralgies communes, arthrose ; les dysfonctions neuroviscérales, les souffrances périphériques du stress anxiété.
**Contre-indication :** aucune.

# Techniques très rarement utilisées

## PAPULE

**Principe :** injecter le mélange mésothérapique sous la membrane basale, siège en particulier de l'immunité cellulaire.
**Effets (immédiat, à distance) :** stimulation de l'immunité cellulaire.
**Technique :** aiguille 0,3 ou 0,4 * 4 mm ou 13 mm.
Injection sous la membrane basale qui de décolle (aspect en peau d'orange).
**Intérêts :** intérêt en mésovaccination par l'effet sur l'immunité cellulaire (*cf.* vaccin antigrippal).
**Indication :** déficit immunitaire léger à modéré, infections virales, bactériennes, ou autres.
**Contre-indication :** aucune.

## MÉSOPERFUSION (PROPOSÉ PAR DR MARTIN)

**Principe :** injecter dans l'hypoderme le mélange mésothérapique avec une diffusion sur une grande zone.
**Technique :** 10 à 13 mm de profondeur (hypoderme).
Aiguilles de 0,4 * 13 mm avec tubulures à plusieurs sorties (pieuvre).
Mésoperfuseur qui envoie des volumes de mélange à intervalles et volumes prédéfinis.
Nécessite une séance longue de 30 à 45 minutes.
**Effets :** antalgie, détente.
**Intérêts :** technique indolore, efficace sur des douleurs chroniques et rebelles.
**Indication :** peu d'indication ont été développées : algies rebelles ? Coxarthrose.
**Contre-indication :** zones à risque septique.

# Effets de la mésothérapie

La mésothérapie possède un effet thérapeutique principal et un effet complémentaire :
• effet pharmacologique dû aux médicaments utilisés, plus lents pour les techniques de surface (épidermique IED, nappage IDS) et plus rapide pour les techniques plus pro-

fondes (dermo-hypodermique DHD, intradermique profonde IDP) ;
• effet réflexe dû à la piqûre ou à la griffure.

# Techniques mixtes

Il est très souvent nécessaire d'associer des techniques superficielles (épidermique IED, nappage IDS) à des techniques plus profondes IDP et DHD afin de potentialiser les effets propres à chacune des techniques. Ainsi, les effets thérapeutiques sont majorés et plus durables.
Les quatre possibilités d'association :
• point par point + épidermique ;
• point par point + nappage ;
• MPS + épidermique ;
• MPS + nappage.

# Conclusion

La panoplie des techniques mésothérapiques permet de s'adapter à chaque cas clinique.
La première séance doit être plus « réservée » que les suivantes afin de ne pas surtraiter et déclencher une hyperalgie secondaire le lendemain de la séance.
Les séances sont d'autant plus rapprochées (3 à 4 jours) que le cas clinique est aigu.
Trois séances chacune espacée de 7 jours, avec un rappel éventuel 15 jours plus tard est le schéma de base habituel.
Si aucune amélioration n'est intervenue après trois séances, il est nécessaire de revoir son diagnostique et l'indication de mésothérapie.

La mésothérapie peut aussi servir de test thérapeutique pour des tableaux cliniques complexes, multifactoriels et anciens.

# Outils interdits

• Les multi-injecteurs, multi-aiguilles, même à usage unique ;

• les rollers ; multi-injecteurs à roulette ;

• tous matériels d'injection sans marquage sans CE ou accréditation officielle;

• les injecteurs sans aiguille, par pression (type vaccination vétérinaire, dermojet®) du fait du risque d'infections majorées par la dilacération des tissus ;

• tout matériel d'injection à usage non unique (type aiguilles, seringues stérilisables métalliques).

*Mise en garde : l*e matériel d'électroporation ou transporation, souvent appelé a tort et illégalement « mésothérapie sans aiguille » permet le passage de produits a travers l'épiderme et pour cela tombe aussi sous la législation des médicaments injectables (AMM). Autrement dit, les produits utilisés doivent avoir une AMM d'injection et non pas un agrément cosmétologique.

Nous réfutons totalement l'appellation de mésothérapie pour ce type de matériel et de traitement, car c'est une technique totalement différente et qui est loin d'avoir la reconnaissance officielle et académique de la mésothérapie.

# ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALE

## Échelle ADP du Dr D. Mrejen

### MANIFESTATIONS GÉNÉRALES DE L'ANXIÉTÉ PSYCHOTONIQUE : A = ANXIÉTÉ

| | |
|---|---|
| **1) Êtes-vous pressé(e), agité(e) ?** | |
| 0 | Non, je prends le temps de vivre et de travailler. |
| 1 | Je suis pressé(e), un peu énervé(e) quand j'ai un rendez-vous important, quand je ne suis pas à l'heure pour mon travail. |
| 2 | Je suis tout le temps pressé(e), agité(e), pour prendre le train, l'avion, pour travailler, pour m'habiller, manger, monter, descendre des escaliers. |
| **2) Êtes-vous irritable ?** | |
| 0 | Pas du tout, je suis plutôt calme le plus souvent. |
| 1 | Je suis parfois irrité(e), pour des motifs sérieux au travail ou chez moi. |
| 2 | Je suis tout le temps irrité(e), pour n'importe quel motif, dans mon travail, chez moi, en société, même en vacances. |
| **3) Vous sentez-vous en sécurité, êtes-vous un(e) angoissé(e) ?** | |
| 0 | Je me sens en sécurité, je ne suis pas un(e) angoissé(e). |
| 1 | Je ne me sens pas en sécurité quand il y a une crise économique, un risque de chômage, un risque de guerre mondiale, j'ai peur de prendre l'avion. |
| 2 | Je ne me sens en sécurité nulle part, j'ai peur dans mon parking, dans la rue, chez moi, même en vacances j'appréhende les catastrophes, j'imagine toujours le pire, je ressens souvent une oppression très désagréable |
| **4) Êtes-vous soucieux(se) inquièt(e) ?** | |
| 0 | Un peu ou pas du tout. |
| 1 | Oui je me fais du souci pour des futilités, mais heureusement j'oublie vite, cela ne m'empêche pas de dormir, mais ça me stimule l'appétit. |
| 2 | Je suis inquiet en permanence, j'ai l'impression d'être débordé(e) par des dangers, j'ai souvent un sentiment de souffrance intérieure inexpliqué. |
| **5) Avez-vous des difficultés pour dormir ? Avez-vous un mauvais sommeil ?** | |
| 0 | Non, je dors bien. |
| 1 | J'ai des difficultés à m'endormir en début, c'est tout. |
| 2 | Réveils nocturnes fréquents ou/et réveil matinal précoce, agitation nocturne, qui indisposent en journée. |

Total A = (maximum 10)

# TROUBLES GÉNÉRAUX DÉPRÉSSIFS : D = DÉPRESSION

| | |
|---|---|
| **1) Avez-vous l'impression de devenir triste, mélancolique ? ou êtes-vous un bon vivant ?** | |
| 0 | Non, je ne suis pas triste, j'aime la vie. |
| 1 | Je suis triste depuis quelque temps et les choses de la vie m'ennuient parfois. |
| 2 | Je suis très souvent mélancolique, triste tout Ie temps, plus rien ne m'amuse. |
| **2) Avez-vous Ie goût de I'action ? êtes-vous un(e) enthousiaste ? vous sentez-vous dynamique ?** | |
| 0 | Oui, j'aime faire des choses qui m'intéressent. |
| 1 | Non, je n'ai plus envie de travailler ou d'entreprendre une autre activité, je suis las(se), fatigué(e), assez souvent. |
| 2 | Je n'ai aucune envie de faire quoi que ce soit, ni mon travail, ni un sport, ni des jeux, ni un loisir quelconque, je suis fatigué(e) de tout, même de parler ; je me sens vide, sans ressort, épuisé(e) tout le temps. |
| **3) Quels types de relations avez-vous avec votre entourage professionnel et familial ?** | |
| 0 | Les relations sont correctes et harmonieuses. |
| 1 | Je me sens rejeté(e), mis(e) à l'écart, on ne m'aime pas. J'ai de moins en moins envie d'avoir des rapports sexuels. |
| 2 | Je me sens agressé(e), menacé(e), tout le monde m'en veut ou me déteste. Je n'ai plus envie d'avoir des relations avec personne, je n'ai pas d'amis, les questions sexuelles ne m'intéressent plus. |
| **4) Appétit** | |
| 0 | Normal. |
| 1 | J'ai moins d'appétit et je mange moins qu'avant. |
| 2 | Je n'ai plus d'appétit, la nourriture me dégoûte. |
| **5) Êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?** | |
| 0 | Oui, je me sens bien, la vie est belle |
| 1 | Ma vie est un échec – quand je pense à ce que j'aurais pu être – maintenant c'est trop tard ; je rumine tout le temps mes déceptions, mes regrets et mes remords ; tout cela est de ma faute, je ne vaux rien de toute façon, je suis un(e) raté(e). |
| 2 | Ma vie est un enfer, toutes mes idées sont noires, je ne vis pas, j'existe par mes souffrances, si je n'existais pas ce serait encore mieux, la vie ne vaut plus la peine être vécue, je pense qu'il vaut mieux en finir, Ie suicide me paraît la meilleure solution. |

Total D = (maximum 10)

## MANIFESTATIONS PÉRIPHÉRIQUES : P = PÉRIPHÉRIQUE

### *1) Somatiques*

Douleurs neuro-articulaires et musculaires (nuque, dos, lombaires, membres, maux de tête).

| | |
|---|---|
| 0 | Pas de douleur. |
| 1 | Douleurs modérées, intermittentes. |
| 2 | Douleurs fortes, permanentes. |

### *2) Viscérales*

souffrances thoraciques (oppressions. striction, étouffements)
*ou/et*
douleurs, tension cardiovasculaire : palpitations, pincement thoracique gauches, migraines fréquentes
*ou/et*
souffrances digestives : douleurs abdomino-pelviennes, ballonnements, digestions lentes, constipation ou diarrhée
*ou/et*
troubles urogénitaux : brûlures à la miction, douleurs pelviennes, envies impérieuses et fréquentes d'uriner
*ou/et*
troubles menstruels et congestion des seins, frigidité occasionnelle (femme) ;
éjaculations précoces répétées (homme)
*ou/et*
troubles cutanéomuqueux à type de prurit et d'éruptions diverses, à répétition
*ou/et*
infections ORL à répétition

| | |
|---|---|
| 0 | Aucun trouble. |
| 1 | Troubles modérés et passagers. |
| 2 | Perturbations importantes, rebelles, et très fréquentes. |

Total P = (maximum 4)
Score Total A + D + = (maximum 24)

## PRONOSTIC – CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTES FORMES

| | |
|---|---|
| **Formes mineures – groupe I** | Score AD < ou = 4 Score totale < ou = 6 |
| **Formes moyennes – groupe II** | Score total ADP de 7 à 10 (AD > 4) |
| **Formes graves – groupe III** | Score total ADP 11 à 14 |
| **Formes très graves – groupe IV** | Score total ADP > 14 |

La mésothérapie est le plus souvent suffisante dans les groupes I et II, elle est complémentaire dans les groupes III et IV.

# ANNEXE

## Séméiologie objective systématisée (SOS) Mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS)

Par Dr. Mrejen, inventeur des outils SOS et MPS.

La SOS/MPS résulte de la convergence de trois catégories de travaux cliniques, fondamentaux et thérapeutiques à propos du traitement des douleurs « mécaniques » neuro-articulaires et des dysfonctions viscérales douloureuses.

Vers 1980, nous étions confrontés aux problèmes soulevés par les infiltrations neuro-articulaires en neurorhumatologie : difficultés techniques, effets indésirables des corticoïdes, danger à propos de « longues » aiguilles pénétrant à des profondeurs importantes (de 5 à 10 cm) et sans grande visibilité.

Quand nous avions abordé la mésothérapie traditionnelle du Dr Pistor en 1981–1982, j'ai été séduit par l'innocuité de la technique, sa facilité d'exécution (injections locorégionales à 4 mm de profondeur), mais les résultats, quoique encourageants, étaient « aléatoires » pour l'appareil neuro-articulaire, et les indications viscérales n'étaient pas bien définies entre lésions organiques et dysfonctions viscérales.

C'est donc pour trouver des solutions et optimiser ces deux types de techniques que nous avons effectué des travaux fondamentaux et cliniques, dans le cadre du service de neuro-endocrinologie de l'Hôpital Sainte-Anne de Paris, puis des travaux cliniques au centre de la douleur de l'hôpital Necker de Paris, et ensuite au centre de la douleur de l'hôpital Lariboisière de Paris, pour comprendre la physiopathologie de ces douleurs mécaniques neuro-articulaires et valider de nouveaux procédés thérapeutiques.

Cela a commencé par le « démembrement » du système nerveux périphérique (cérébro-spinal) et surtout du système nerveux végétatif périphérique (SNV) ; notamment sa « systématisation », depuis son origine neuro-articulaire centrale, jusqu'à sa terminaison dermique, à la peau, via la microcirculation.

Nous avions constaté très vite la corrélation entre les neurodystrophies (DND) cutanées et les souffrances profondes (de segments articulaires et plexus viscéraux) ; mais il fallait le prouver statistiquement par des travaux cliniques.

Notre objectif était donc de valider l'existence des stigmates cutanés, les neurodystrophies (DND) objectifs (douloureux à la pression digitale) fixes, et reproductibles en corrélation avec des souffrances profondes neuro-articulaires et des dysfonctions viscérales de façon statistiquement significative.

La mise au point d'une séméiologie objective systématisée (SOS) a résulté de ces travaux fondamentaux et cliniques.

Ainsi, on peut se servir de cette SOS comme clavier thérapeutique pour agir sur des douleurs neuro-articulaires profondes et des dysfonctions viscérales, c'est l'objet de la mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS).

Avec le temps (1995–1998) et de nombreux travaux cliniques multicentriques, nous nous sommes rendu compte que la MPS, tout en apportant beaucoup de solutions innovantes intéressantes, était optimisée par l'association aux techniques traditionnelles intradermiques, ce qui a abouti au concept de techniques mixtes, associant la MPS aux techniques ID (IDS/nappage, IDP) auxquelles est venue s'ajouter la technique épidermique (Dr Perrin).

Ainsi, la MPS apportait une solution très bien ciblée, forte et immédiate au traitement de la douleur neuro-articulaire/mécanique, et la technique ID apportait une solution plus étalée dans l'espace et dans le temps (libération prolongée).

La MPS se fait selon des injections de 2 mm (mains) à 10 mm (rachis–hanches) de profondeur, avec des aiguilles de 13 mm, 3/10, ou kits mixtes, ou kits MPS, selon des quantités de 0,3 à 0,5 ml par point.

Les injections sont effectuées de façon perpendiculaire à la peau (rachis–hanche) ou à travers un pli rabattu (rachis cervical – articulations périphériques du membre supérieur et du membre inférieur).

Les indications et la systématisation des points aboutissent à de véritables cartographies spécifiques de SOS/MPS.

Pour l'appareil locomoteur rachidien, citons les :

- cervicalgies communes abarticulaires et arthrosiques ;
- névralgies cervicales communes (type C2, C6, C7, C8) ;
- dorsalgies communes et/ou arthrosiques ;
- lombalgies communes et/ou arthrosiques et névralgies sciatique commune (type L4, L5, S1).

Ces affections relèvent d'une séquence thérapeutique validée, comprenant quatre points rachidiens, un point plexique, et des dermoneurodystrophies périphériques.

Les quatre points rachidiens de la souffrance intervertébrale dégénérative mécanique (SID) sont :

- le point interépineux en regard du ligament interépineux ou point 0 ;
- le point articulaire postérieur (1,5 cm de la ligne médiane) ;
- les points latéro-vertébraux à 5 et 8 cm de la ligne médiane, correspondant surtout aux souffrances abarticulaires de type ligamentites, tendinites et tendinomyalgies paravertébrales.

Les points plexiques correspondent à la convergence de plusieurs segments rachidiens, qui sont :

- le point plexique cervical supérieur (PCS) derrière la mastoïde ;
- le point plexique cervical inférieur (PCI) à l'intersection inférieure du trapèze et SCM, correspondant au plexus stellaire ;
- le point S1 en regard du 1$^{er}$ trou sacré pour les SID (L4–L5 et L5–S1).

Les DND périphériques sont de trois types :

- antérieures : thoraco-abdominopelvien (pseudo viscérales) ;
- postérieures : sur le rachis dorsolombaire ;
- collatérales : sur le membre supérieur et le membre inférieur.

Pour l'appareil locomoteur périphérique (MS et MI), la SOS rejoint la projection ponctuelle des lésions tendineuses, musculaires, ligamentaires, et des névralgies, à travers des DND périphériques diffuses.

Pour les dysfonctions viscérales :

- les DND de la SOS sont systématisées sur les plexus neuroviscéraux primaires (plexus stellaire, plexus solaire, plexus hypogastrique) ;
- les DND de la SOS des plexus viscéraux secondaires et ou terminaux : cardiocoronaires, bronchopulmonaires, gastropancréatiques, hépatobiliaire, colitiques, urovésicaux et urogénitaux.

Pour les manifestations du stress anxiété, outre le point stress ($4^e$ espace intercostal gauche) :

• les souffrances/contractures neuromusculaires du rachis ;

• les souffrances des neurodystrophies viscérales : thoraco-abdominopelviens.

La chronobiologie des processus algo-inflammatoires va doubler les cartographies (de la SOS) pour orienter dans le choix des principes actifs les plus adaptés aux différentes phases du processus algo-inflammatoire.

La lidocaïne va agir comme anesthésique local, mais surtout comme sympathicolytique pour « moduler » et régulariser la microcirculation dermique en souffrance (vasodilatation ou de vasoconstriction).

Les calcitonines fortes (100 UI) vont agir sur l'œdème algo-inflammatoire comme un antalgique très puissant, à la manière des corticoïdes, mais sans en avoir les inconvénients locaux et généraux.

Quand apparaissent les rares effets indésirables des calcitonines par voie DHD (nausées, flushs), il suffit de faire passer les calcitonines par voie IDS ou IED, pour « écrêter » les pics pharmacologiques qui provoquent ces rares nausées et flush (12 %).

Les microdoses d'AINS sont destinées aux processus inflammatoires rebelles aux calcitonines, qu'il s'agisse du piroxicam ou du kétoprofène.

Le thiocolchicoside est un excellent myorelaxant (légèrement anti-inflammatoire et défibrosant), actif aussi bien sur la fibre striée, la fibre lisse (viscéralgies), que les fibres interstitielles.

La procaïne est réservée aux formes ischémiques des rétractions tendinoligamentaires comme « l'épaule gelée » ou la phase finale des algodystrophies.

**En conclusion :**

La SOS est un outil précieux pour le diagnostic positif et étiologique des souffrances neuro-articulaires « mécaniques » communes, ainsi que pour le diagnostic différentiel des « dysfonctions viscérales » par rapport aux douleurs symptomatiques de souffrances organiques.

La MPS est un outil thérapeutique très précieux surtout à travers la technique mixte (DHD + IDS) dans :

• les affections articulaires en rhumatologie ;

• les lésions neuro-articulaires bénignes en médecine sportive ;

• les dysfonctions viscérales avec SOS spécifique ;

• les manifestations périphériques (avec DND) du stress anxiété ;

• certaines affections spécifiques (mésodissolution dans les lipodystrophies et méso-acupuncture dans le traitement anti-tabac, Dr Bonnet *et al.*).

Note du Dr Mrejen : nous tenons à remercier vivement les nombreux amis et confrères qui ont contribué par leurs études et/ou leurs critiques positives à la validation de ces travaux, sans lesquels la SOS/MPS n'aurait pu avoir lieu.

# HYGIÈNE AU CABINET DE MÉSOTHÉRAPIE

## Recommandations au médecin

Lavage des mains :
- avec savon doux liquide, brossage, rinçage :
  – à l'arrivée du cabinet,
  – au départ du cabinet,
  – en cas de mains visiblement souillées ;
- avec produit hydro-alcoolique :
  – entre chaque patient par friction de trente secondes au moins,
  – après la fin du soin de mésothérapie,
  – avant et après le port de gants médicaux.

Port de gants (latex ou vinyle non poudré) non obligatoire mais préférable :
- surtout sur la main qui essuie ;
- sur peau lésée ;
- risque de souillure par le sang.

Vêtements, blouses :
- propres non souillés ;
- pas de contact, frottement sur la peau du patient à injecter (attention cravates, manches larges et flottantes).

Matériel utilisé pour une injection de mésothérapie (normes CE) :
- médicaments injectables : ampoules utilisées en extemporané, avec AMM ;
- kit, seringues, aiguilles à usage unique ou injecteurs aux normes CE ;
- compresse non stérile, coton ;
- plateau de soin ;
- collecteur d'aiguilles : jeter les aiguilles souillées sans les recapuchonner ;
- haricot de déchets : coton, compresses, capuchon, emballages ;
- poubelle à papiers : emballages papier et carton ;
- désinfectant :
  – alcool modifié 70°,
  – liqueur de Dakin,
  – chlorexidine alcoolique,
  – ammonium quaternaire,
  – solution alcool benzylique + benzalkonium chlorure + chlorhexidine gluconate.

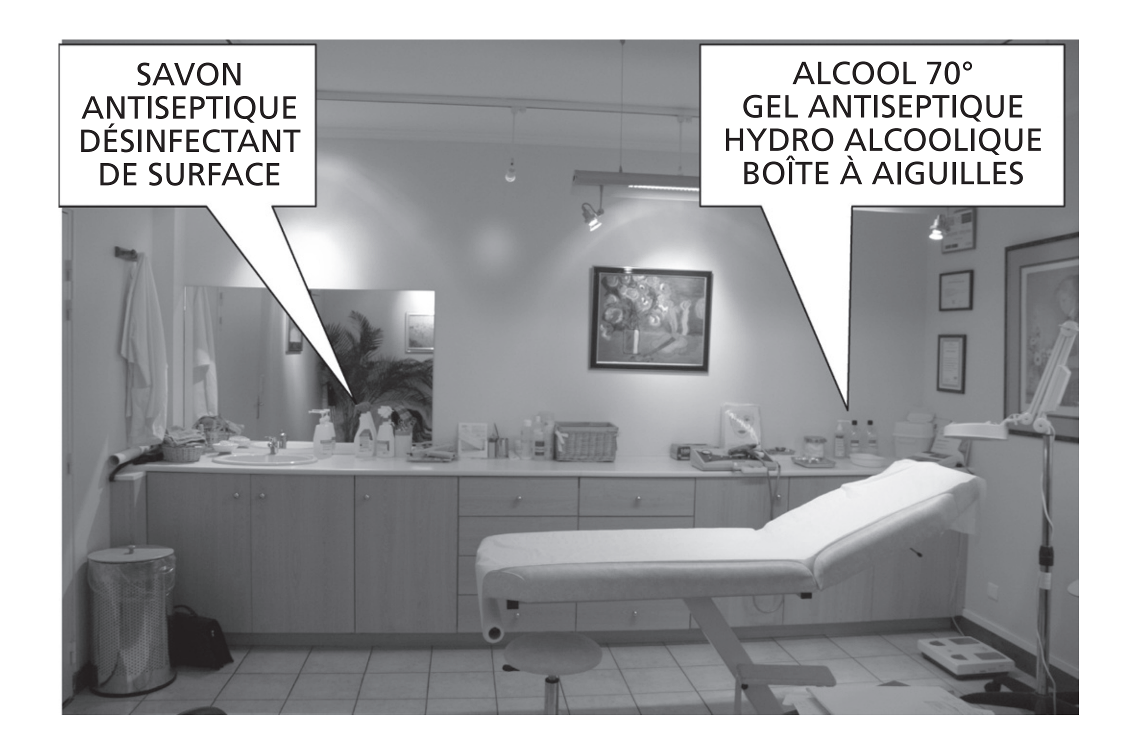
Rouleau papier de table d'examen : changé à chaque patient.

Éclairage :
- suffisamment puissant ;
- orienté sur le patient.

Table d'examen :
- nettoyage quotidien avec produit antiseptique de surface pour matériel médical (spray, lingette à usage unique) ;
- nettoyage au cas par cas si souillure lors d'un soin.

## Recommandations au patient

- Patient installé confortablement – bonne hygiène corporelle préalable ;
- zones d'injections largement dégagées ;
- désinfection large et préalable par produit désinfectant (alcool 70°, solution alcool benzylique + benzalkonium chlorure + chlorhexidine gluconate) : avant l'examen physique ;
- nouvelle désinfection avant injection ;
- compression, tamponnage des points de piqûre jusqu'à la fin de l'écoulement éventuel.


SAVON
ANTISEPTIQUE
DÉSINFECTANT
DE SURFACE
ALCOOL 70°
GEL ANTISEPTIQUE
HYDRO ALCOOLIQUE
BOÎTE À AIGUILLES

# ENQUÊTE ENATOME

## Étude clinique de pharmacovigilence

Les deux études ENATOME 1 et 2 (enquête nationale de tolérance de la mésothérapie) montrent une très faible quantité d'incident du fait de la pratique de la mésothérapie, mais la vigilance doit toujours être de mise et la prévention, dominer notre esprit.

## Étude ENATOME 1

But : étude multicentrique de la tolérance de la technique mésothérapique.

Population : 2839 observations.

Médicaments : mésocaïne 0,5 %, kétoprofène, piroxicam, thiocolchicoside, miacalcic, cibacalcine.

### TOLÉRANCE GÉNÉRALE

#### *Résultats*

- Choc anaphylactique : 0 < aucun ;
- choc vagal avec baisse de la TA : 0 < aucun ;
- réactions neurovégétatives (sueurs – pâleurs – petit malaise passager) :

– 1re séance : 1,2 %,

– 2e séance : 0,3 %,

– 3e séance : 0,1 %.

#### *Observations – remarques*

Aucun choc anaphylactique, ni aucun choc vagal avec baisse de la TA n'a été observé ; ceci constitue à présent une donnée fondamentale irréfutable pour la technique mésothérapique, tous modes d'administration confondus.

Les réactions neurovégétatives (sueurs – pâleurs) sont dégressives d'une séance à l'autre (1,2 %, 0,3 %, et 0,1 %), ce qui suggère un mécanisme d'adaptation et autorise une thérapeutique préventive de type psychothérapie (rassurer le patient) et/ou la relaxation (5 minutes de respiration abdominale).

### TOLÉRANCES LOCALE ET SPÉCIALE

#### *Réactions locales*

| Réaction locale | 1re séance | 2e séance | 3e séance |
|---|---|---|---|
| Aucune | 82,6 % | 84,5 % | 87,5 % |
| Douleur | 9,2 % | 7 % | 6,2 % |
| Hématome | 5,3 % | 6,1 % | 4,6 % |
| Prurit | 1,8 % | 1,3 % | 0,9 % |
| Induration | 0,7 % | 0,7 % | 0,5 % |
| Érythème | 0,3 % | 0,4 % | 0,3 % |
| Nécrose | 0 | 0 | 0 |
| Flush | 2,7 % | | |

### *Réactions locales et nombre de produits associés*

| Réaction locale | 2 produits | > 2 produits |
|---|---|---|
| Prurit | 1,5 % | 2,5 % |
| Induration | 0,6 % | 0,9 % |

### *Observations – remarques*

Aucune nécrose n'a été observée au point d'injection, ni aucune infection locale.

Les réactions locales sont dégressives (< douleurs, prurit, induration), ce qui tend à montrer qu'il y a un facteur adaptatif.

Des réactions plus fréquentes avec la polythérapie sont mises en évidence.

Il n'y a pas d'incidence relative aux modes d'administration (< profondeur, nombre de ponctures, quantités injectées).

Quelques réactions douloureuses avec certains AINS et certains myorelaxants, mais là aussi il y a possibilité d'y remédier par l'utilisation d'une lidocaïne à 1 % de préférence au dosage à 0,5 %.

## CONCLUSION

La technique mésothérapique (du fait de la petite aiguille et de la microdose médicamenteuse) s'avère un procédé thérapeutique d'une innocuité totale indiscutable. L'ENATOME en est une preuve concrète. Plus particulièrement, aucun choc anaphylactique, ni aucun choc vagal avec baisse de la TA n'a été mis en évidence sur un total de près de 3000 observations.

Les réactions neurovégétatives rencontrées sont modérées et dégressives, ce qui autorise un traitement préventif de type psychothérapie ou respiration abdominale.

Sur le plan local, les réactions minimes peuvent être neutralisées ou prévenues :

- la douleur avec certains AINS, en adoptant une lidocaïne à 1 % au lieu de 0,5 % ;
- en évitant la polythérapie, source de prurit et induration, et en se tenant à deux produits exclusivement ;
- aucune infection locale, ni aucune nécrose cutanée n'a été observée.

Au total, la mésothérapie s'avère une technique thérapeutique d'une tolérance excellente au terme d'une enquête nationale aux résultats statistiquement significatifs.

# Étude ENATOME 2

## JUSTIFICATIF DE L'ENQUÊTE

ENATOME 1 avait pour objectif d'étudier la tolérance de la mésothérapie sur le plan général et local, essentiellement chez des patients ne bénéficiant que de mésothérapie. ENATOME 2 a pour objectif complémentaire d'analyser la tolérance générale (et locale) chez des patients polymédicamentés bénéficiant de la mésothérapie, associée (par nécessité) à d'autres thérapeutiques administrées par voie générale, dans les conditions usuelles de prescription et de prise, ceci pour étudier les associations indésirables éventuelles, en vue de les prévenir, en particulier chez les sujets âgés.

## OBJECTIF PRINCIPAL

Contribuer à la définition significative des recommandations des « bonnes pratiques cliniques » en médecine générale et/ou en mésothérapie par des médecins qui pratiquent la mésothérapie.

## INTÉRÊT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En identifiant des associations médicamenteuses à risque chez les personnes polymédicamentées, lors d'enquêtes comparatives, évaluer l'intérêt de la mésothérapie, qui grâce à des microdoses médicamenteuses, permettrait d'améliorer le rapport efficacité/risque.

## RÉSULTATS CONCERNANT LES ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES EN MÉSOTHERAPIE

Outre l'anesthésique de base :

- les AINS : 52,8 % des cas ;
- les myorelaxants : 25 % des cas ;
- autres mélanges : 21,1 % des cas.

## RÉPARTITION SELON LE SEXE

- Hommes : 42,5 % (119 individus) ;
- femmes : 57,1 % (160 individus) ;
- non réponse : 0,4 % (1 individus).

## OBSERVATIONS – REMARQUES

L'appareil locomoteur occupe la majorité des indications : 95 %.

L'association mésocaïne + AINS représente 52,8 % et l'association mésocaïne + myorelaxants représente 25 %.

Les réactions locales sont minimes par rapport aux réactions secondaires à des infiltrations ; par rapport aux résultats d'ENATOME 1 (mésothérapie seule). Il semble que l'association de la mésothérapie à d'autres médicaments, administrés par voie générale, rende le patient plus sensible à certaines réactions locales (et générales), douleur, hématome, érythème.

| | ENATOME 2 | ENATOME 1 |
|---|---|---|
| Douleur locale | 14,3 % | 6 à 9 % |
| Hématome local | 15 % | 4 à 5 % |
| Érythème | 2,1 % | 0,3 % à 0,4 % |

Dans tous les cas, il n'y a pas d'infection locale, ni de nécrose.

Les réactions générales : il n'y a pas de choc anaphylactique. Par contre, les réactions neurovégétatives semblent plus fréquentes, quand la mésothérapie est associée à d'autres produits administrés par voie générale.

| | ENATOME2 | ENATOME 1 |
|---|---|---|
| Choc anaphylactique | 0 | 0 |
| Choc vagal | 1 cas (0,3 %) | 0 |
| Dystonie neuro-végétative | 1.8 % | 1,2 % |

Remarque : un patient ayant déjà présenté une réaction de dystonie neurovégétative sera aidé de façon significative, grâce à une relaxation préalable à toute séance de mésothérapie.

## CONCLUSION

ENATOME 2 confirme l'excellente tolérance de la mésothérapie sur le plan local et général ; en particulier la lidocaïne sans radical PARABEN (mésocaïne) n'a pas provoqué de réaction anaphylactique aussi bien en mélange méso, qu'associée à d'autres produits administrés par voie générale.

Néanmoins, il convient de signaler que les effets indésirables sont plus fréquents dans ENATOME 2 que dans ENATOME 1, ce qui veut dire que l'association de la mésothérapie à d'autres médicaments administrés

par voie générale est moins bien tolérée que la mésothérapie pratiquée seule.
Sur le plan local, il y a davantage de douleur, hématome et érythème.
Sur le plan général les réactions neurovégétatives sont plus nombreuses, mais il peut s'agir aussi d'une « fragilité » relative aux affections multiples dont souffrent les patients polymédicamentés en particulier les sujets âgés.
Il convient d'amplifier les résultats obtenus sur un plus grand nombre d'observations dans le temps.
Nous pouvons confirmer ces résultats dans le temps pour l'essentiel ; en effet de 1989 à 2008, il n'y a pas eu d'effet indésirable grave, ni irréversible ; cette période de 19 ans constitue une excellente base de données pour la pharmacovigilance en mésothérapie.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


Bonnet C, Perrin JJ, Mrejen D. *Mésothérapie en médecine esthétique et médecin générale*. Éditions Mesodiffusion ; 2003 : 237.

Bonnet C, Perrin JJ. *La mésodissolution hypo-osmolaire, nouveau traitement lipolytique mésothérapique, effets sur l'hydrolipodystrophie*. Mem 2005 : 25.

Chos D, Le Coz J. *Mésothérapie et traumatologie sportive*. Paris : éditions Masson ; 1985 : 155.

Le Coz J. *Traité de mésothérapie*. Paris : éditions Masson ; 2004.

Lelong D. *Mésothérapie chez la femme*. Paris : éditions Masson ; 1985 : 132.

Lesage Y, Mrejen D. *Manipulations des articulations périphériques*. Éditions Vigot, Mediffusion ; 1989 : 240.

Maigne JY, Mrejen D. *Atlas pratique des testings musculaires*. Éditions Vigot, Mediffusion ; 1989 : 128.

Mrejen D. *La mésothérapie ponctuelle systématisée*. Éditions Mediffusion ; 1987 : 382.

Mrejen D. *Médecine du sport et mésothérapie ponctuelle systématisée*. Éditions Vigot, Mediffusion ; 1989 : 435.

Mrejen D. *Mal de dos chronique*. Éditions Mediffusion ; 1995 : 203.

Pistor M. *Abrégé de mésothérapie pratique*. Éditions Maloine ; 1976 : 149.

Pistor M. *Mésothérapie un défi thérapeutique*. Éditions Maloine ; 1979 : 293.

Pistor M. *Abrégé de mésothérapie électronique et manuelle*. Éditions Maloine ; 1981 : 147.

Ravilly G. *Atlas clinique de mésothérapie*. Éditions PMI ; 1988 : 150.

Ravilly G. *Traité pratique de mésothérapie*. Éditions Modiasoft ; 1996 : 624.

SFM. Revues de la SFM de 1990 à 2007.

SFM. *Les recommandations en mésothérapie*. Editions SFM ; oct. 1995 : 65.

SFM. *Enatome 1 et 2*. Editions SFM ; oct. 1995, 47-55.

Travel JG, Simons DG. *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux*. Éditions Haug International ; 1993.

# Index